

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetrovatelství

Studijní obor: Ošetrovatelství

ID studijního oboru: 5341R003

Jana Jandová

Ošetrovatelská kazuistika u pacienta s náhlou příhodou břišní
Nursing Case Study of Patient with Sudden Abdominal Disease

Bakalářská závěrečná práce

Vedoucí závěrečné práce:

PhDr. Helena Chloubová

Jičín, 19. 03. 2009

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Jičíně 19. března 2009

Poděkování:

Chtěla bych moc poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr.Heleně Chloubové za ochotu, pomoc a velmi vstřícný, trpělivý a lidský přístup.

OBSAH

A	KLINICKÁ ČÁST	9
1	ILEUS – STŘEVNÍ NEPRŮCHODNOST	10
1.1	Charakteristika onemocnění a klasifikace NPB	10
1.2	Charakteristika a klasifikace ileu – střevní neprůchodnosti	11
1.3	Patofyziologie střevní neprůchodnosti	11
1.4	Mechanický ileus	12
1.5	Standartní ošetrovatelská péče o pacienta s ileem – střevní neprůchodností	15
1.6	Prognóza	20
1.7	Edukace	20
2	ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	22
3	LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY	23
3.1	Lékařská anamnéza	23
3.2	Lékařské diagnózy	25
4	DIAGNOSTICKÁ PÉČE	26
4.1	Fyziologické funkce	26
4.2	Laboratorní vyšetření	27
4.3	Další diagnostická vyšetření	32
5	TERAPEUTICKÁ PÉČE	34
5.1	Předoperační péče - ošetrovatelská	34
5.2	Chirurgická terapie	35
5.3	Pooperační péče	38
5.4	Oxygenoterapie	39
5.5	Farmakoterapie	40
5.6	Dietoterapie od 22.12.2008 do 1.1.2009	42
5.7	Pohybový režim a kondiční cvičení	42
6	PRŮBĚH HOSPITALIZACE	44
B	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	45
1	OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU	46
1.1	Před operací 22.12.2008	46
1.2	Po operaci 22.12.2008	46
1.3	Základní fyziologické funkce	47
1.4	Psychosociální potřeby	55
2	OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY – DIAGNÓZY	60
3	OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE, PLÁNY, REALIZACE A HODNOCENÍ	62
4	EDUKACE PACIENTKY	82
5	ZÁVĚR A PROGNOZA	83
C	SEZNAM LITERATURY	85

D	ZDROJE INFORMACÍ	86
E	SEZNAM PŘÍLOH.....	87
	PŘÍLOHY	88

ÚVOD

Mezi náhlé příhody břišní řadíme onemocnění břicha, která se vyznačují náhlým vznikem potíží, zpravidla z plného zdraví a rychlým průběhem, mnohdy ukončeným v několika hodinách či dnech. Proto vyžadují bezprostředně navazující a život zachraňující operační řešení.

Včasně rozpoznání náhlé příhody břišní a její chirurgické léčení je proto nesmírně důležité, jelikož od začátku může být pooperační průběh provázen těžkými komplikacemi. Dokud není nemocný odborně vyšetřen, nesmí dostat analgetika, antipyretika ani antibiotika, protože mohou zkreslit klinický obraz NPB – náhlých příhod břišních.

Pacienti s NPB jsou zásadně určeni k hospitalizaci na chirurgii eventuelně na chirurgickou JIP, kde je zajištěna jejich kompletní léčba, včetně operace. Nemocný je vyšetřen na chirurgické ambulanci, kde je sepsán chorobopis. Zde jsou zaznamenány časové údaje, den a hodina začátku obtíží, ošetřující lékař nemocného, provedená vyšetření a den a hodina přijetí nemocného na chirurgické oddělení.

Obecně dochází v dutině peritoneální a na jejích orgánech ke čtyřem patologickým procesům jako jsou krvácení, zánět, neprůchodnost trávicí trubice a nebo jejich smíšená forma. O tyto základní patologické obrazy se také opírá dělení NPB. NPB dělíme na úrazové a neúrazové. Mezi úrazové NPB patří zejména hemoperitoneum, perforace trávicího ústrojí a nebo smíšená forma těchto NPB. Neúrazové NPB dále dělíme na zánětlivé, ileózní a krvácení do GIT.

Tato ošetřovatelská kazuistika je zaměřena na NPB neúrazovou – ileózní, tedy střevní neprůchodnost. Pacientka měla ileus mechanický, který byl způsoben srůsty po předchozí gynekologické operaci, kterou prodělala týden před hospitalizací na chirurgické oddělení.

Onemocnění je pro většinu lidí náročnou životní situací, která je často obtížně zvládnutelná nebo dokonce neřešitelná. Proto obvykle dochází k nejrůznějším změnám chování, prožívání a ne každý člověk se dokáže přizpůsobit a efektivně řešit vzniklou situaci. V první řadě je důležité se pokusit redukovat pocity ohrožení a úzkosti na mírnou formu, jelikož jejich vystupňování pak vede k poplachovým reakcím organismu jako je agrese a únik.

Ošetřovatelskou kazuistiku pacientky s ileem – střevní neprůchodností, jsem si vybrala především kvůli osobnosti pacientky. I přes velké bolesti dokázala velmi dobře spolupracovat a nechápala své přijetí na oddělení jako nutné zlo, které musí přetpět, ale

jako pomoc, o kterou požádala a od počátku věřila ve své uzdravení. Podle rozhovoru jsem také zjistila, že za poslední měsíc byla více v nemocnici než doma a i přesto byla vyrovnaná a odhodlaná bojovat. Pro mě se v ten okamžik stala „hrdinkou“! Uvědomila jsem si jak křehký život může být a jak je těžké bojovat za klidný a spokojený život a zejména co člověk dokáže vydržet.

Pacientka má velmi pozitivní přístup k životu, proto také tuto situaci a všechny změny s ní spojené zvládala výborně. Velkou oporou ji byla hlavně rodina a životní přesvědčení, které ji nedovolilo svůj boj vzdát. V jejím životě hraje hlavní roli zdraví, rodina, přátelé a spokojený a klidný život. Nemohu zde opomenout její psychosociální rovnováhu, která mě udivovala po celou dobu mého ošetřování. Myslím, že je to pevným, rodinným zázemím, jejich soudržností, porozuměním, vzájemnou péčí a nasloucháním jeden druhého. Rodina ji navštěvovala pravidelně každý den a vždy ji dokázala pozitivně naladit. Dá se říci, že pacientce dodávala chybějící energii, kterou ztratila díky onemocnění. Den od dne jsem pozorovala jak se vrací zpět do běžného života a všedních denních činností. Bylo až pozoruhodné s jakou rychlostí a nasazením to dokázala. Byla to skutečně „osobnost“ v pravém slova smyslu.

Už od začátku jsem cítila, že náš vztah bude něčím výjimečný. Byly jsme si velmi sympatické a naše spolupráce byla o to snažší. Dokonce i já jsem cítila, že péče o ni samotnou a ona sama, svým postojem k životu a optimismem, mě nabíjela novou energií, která mi tehdy chyběla. Ukázala mi, že i když se moje práce stane „rutinou“, nikdy nesmím zapomenout proč dělám toto povolání, co mě k němu přivedlo, že to dělám z lásky k lidem a hlavně kvůli mému přesvědčení pomáhat druhým. Díky tomu mě moje práce naplňuje ještě víc a já bych jí tímto chtěla poděkovat!

A KLINICKÁ ČÁST

1 ILEUS – STŘEVNÍ NEPRŮCHODNOST

1.1 Charakteristika onemocnění a klasifikace NPB

Mezi náhlé příhody břišní řadíme onemocnění, která se vyznačují náhlým vznikem potíží, zpravidla z plného zdraví a rychlým průběhem, mnohdy ukončeným v několika hodinách či dnech. Proto vyžadují bezprostředně navazující a život zachraňující operační řešení. ¹¹⁾

Včasně rozpoznání NPB a její chirurgické řešení je proto nesmírně důležité, jelikož od začátku může být pooperační průběh provázen těžkými komplikacemi. Pacienti s NPB jsou zásadně určeni k hospitalizaci na chirurgii eventuelně na chirurgickou JIP, kde je zajištěna jejich kompletní léčba, včetně operace. ¹⁰⁾

Obecně dochází v dutině peritoneální a na jejích orgánech ke čtyřem patologickým procesům jako jsou krvácení, zánět, neprůchodnost trávicí trubice a nebo jejich smíšené formy. O tyto základní patologické obrazy se opírá dělení NPB. ¹¹⁾

Dělení NPB: neúrazové a úrazové

Neúrazové NPB:

- 1) **zánětlivé** – ohraničené na orgán, přecházející na okolí, difúzní zánět pobřišnice
- 2) **ileózní** – ileus mechanický, ileus neurogenní, ileus cévní
- 3) **krvácení do GIT – gastrointestinálního traktu** – gynekologické a perioperační

Úrazové NPB:

- 1) **perforace trávicí trubice**
- 2) **hemoperitoneum**
- 3) **smíšená forma**

¹¹⁾ VOMELA, J., KOLEKTIV AUTORŮ. Chirurgie pro sestry 1. část, Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, str. 77 - 79

¹⁰⁾ VYHNÁLEK, F., KOLEKTIV AUTORŮ. Chirurgie II., Praha : Informatorium, s.r.o., 1997, str. 151

1.2 Charakteristika a klasifikace ileu – střevní neprůchodnosti

Ileus může být neúplný nebo úplný, může mít podklad funkční nebo mechanický a to na podkladě vrozených nebo získaných vad.

Klasifikace

1) Mechanický ileus – obturační (intraluminární, intramurální, extramurální)

- **volvulus** (prostý, komplikovaný strangulací)
- **strangulace** (uskřinutí pruhu, uskřinutí v otvorech, invaginace)

2) Neurogenní ileus – paralytický

- **spastický**
- **smíšený**

3) Cévní ileus – trombóza žil

- **embolie tepen**

1.3 Patofyziologie střevní neprůchodnosti

U mechanického ileu je to způsobeno překážkou, což vede ke zvýšené peristaltice a spazmům nad překážkou (reflexně řízené autonomními myenterickými plexy). Spazmy jsou pocíťovány jako křečovitá bolest. Obsah se městná nad překážkou, hromadí se zde střevní obsah a plyny a střevo časem ochabuje až jeho činnost úplně ustává.

Při distenzi střeva nad překážkou se omezuje resorpce tekutin střevní stěnou a stoupá kapilární tlak. Střevo začíná trpět ischemií, je prosáklé, barevně změněné, kolem se tvoří serózní výpotek. Tento tlak následně uzavírá i tepny a objeví se známky ischemie, trombózy stěny a sníží se odolnost vůči infekci. Dochází k prostupu prvních bakteriálních toxinů, potom i bakterií. Tato střevní distenze vzniká prakticky u všech typů ileů. Tekutiny se dále ztrácejí zvracením, únikem plazmy do peritoneální dutiny a městnáním v žilním řečišti. Dochází k dehydrataci, hemokoncentraci, hypochlorémii, hypokalémii, acidóze, hypoproteinémií což vede k reakci organismu jako je oligurie až anurie, rozvrat vnitřního prostředí, pocit žízně, oschlý jazyk, snížený kožní turgor a subfebrilie. ¹¹⁾

¹¹⁾ VOMELA, J., KOLEKTIV AUTORŮ. Chirurgie pro sestry 1. část, Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, str. 91 - 92

1.4 Mechanický ileus

1.4.1 Etiologie

Neprůchodnost střevní spočívá v uzavěru trávicí trubice překážkou, která se nachází jednak uvnitř střeva, kde může jít o žlučový kámen, hrubou potravu, cizopasníky, u dětí o vrozené úchyly, invaginaci, u kachektiků a starých nemocných s ochablou břišní stěnou která bývá spojena dříve či později se srangulací. Při strangulaci, vedle postižení střeva, je také stlačeno mesenterium nebo mesokolon a tím i nervy a cévy v něm probíhající. Dále ve stěně střeva, kde se může vyskytovat nádor nebo jizevnaté stenózy a vně střeva, kde může být opět nádor, adhezivní ileus a uskřinutá kýla – oba tyto stavy jsou spojeny se strangulací. V neposlední řadě může být příčina ve zvláštním postavení trávicí trubice – volvulus, zejména žaludku, tenkého střeva nebo tračníku. Častou komplikací je opět strangulace.

U neurogenního ileu dochází k neurogenní nebo toxické poruše motility střeva ve smyslu snížené nebo akcentované motility.

Cévní ileus se liší zejména vznikem embolií tepen nebo trombózou žil, kdy dochází k ischemické nekróze střeva nebo k haemoragické infarsaci střeva.¹¹⁾

1.4.2 Klinický obraz

Nemocný si zpravidla stěžuje na náhlý nástup prudkých kolikovitých bolestí, přicházejících v pravidelných intervalech, které se zpočátku zkracují, později, po vyčerpání střeva a jeho následné dilataci, ustávají.

Dalším výrazným příznakem je zvracení. Je úporné u vysokých ileózních stavů, u nízkého ileu nemocný spíše ublinkává. Nejprve dochází ke zvracení žaludečního obsahu, později s příměsí žluče a v dalším průběhu dochází ke zvracení zvratků fakulentního charakteru (miserere).

Třetím příznakem je stížnost na zástavu odchodu plynů a stolice nebo střídání zácpy a průjmu, někdy s příměsí krve ve stolici (invaginace, nástěnné uskřinutí střevní kličky).

Celkové příznaky

Tepová frekvence se zpočátku nemění, krevní tlak ani teplota. S postupujícím zvracením a dehydratací se mění i celkový stav nemocného – je schvácený, má zapadlé oči,

¹¹⁾ VOMELA, J., KOLEKTIV AUTORŮ. Chirurgie pro sestry 1. část, Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, str. 91 - 96

oschlý jazyk, kůže vykazuje ztrátu turgoru, tepová frekvence se díky ztrátám objemu kolující krve zrychluje.

Místní příznaky

Typické je vzedmutí břicha různého stupně, u dětí, kachektických a starých nemocných vidíme ztužování střevních kliček, vyklenující se tříselnou, stehenní a pupeční kýlu, nebo kýlu v jizvě (pokud je přítomna)

Poslechově je zde bohatý nález, kdy slyšíme zesílenou peristaltiku střevních kliček nad překážkou, provázenou někdy tzv. zvukem padající kapky. Otřesy vyvoláme šplíchet střevního obsahu v dilatované kličce. Peristaltika je někdy tak hlasitá, že ji lze slyšet bez fonendoskopu. V pozdějším stadiu je charakteristický poslechový klid v břiše s možností vyvolání špíchotu.

Poklep je bubínkový nad rozepjatou kličkou (Wahlův příznak). Palpace má většinou chudý nález, pokud nejde o tumor. Per rectum nacházíme oslabený tonus svěrače, prázdnou ampulu rekta, jindy můžeme palpovat tumor jako příčinu ileu.

U paralytického ileu také dochází k vzedmutí břicha, meteorismu, ale není zde lokální bolestivost ani svalové stažení. Poslechově je zde nález „mrtvého břicha“.

Naproti tomu cévní ileus má velmi rychlý nástup s celkovým toxickým stavem a počínajícím šokem – pokles TK, tachykardie, bledost a někdy průjmy s příměsí krve, což je už pokročilý a závažný stav.

Velmi rychlý průběh má i strangulační ileus, kde jsou příznaky velmi intenzivní a téměř okamžitě dochází ke kruté a náhle vzniklé bolesti, zvracení, zástava odchodu plynů a stolice, rychlý rozvoj šoku, neklid, pocení, tachykardie, někdy pokles TK a postupně dochází k dráždění peritonea.¹¹

1.4.3 Diferenciální diagnostika

Musíme odlišit prostou obstipaci s meteorismem, paralytický ileus při retenci moči a paralytický ileus při současně probíhající peritonitidě. Velmi důležitá je správná diagnostika prostého ileu a strangulačního ileu, který má daleko bouřlivější průběh.³⁾

¹¹ VOMELA, J., KOLEKTIV AUTORŮ. Chirurgie pro sestry 1. část, Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, str. 93 - 96

³⁾ HÁJEK, M. Chirurgie pro praktického lékaře, Praha : Grada Publishing, s.r.o., 1995, str. 201 - 202

Pacient s ileem je především ohrožen nedostatkem draslíku (hypokalemie) a metabolickou alkalózou ze ztrát vodíkových iontů. Následně může dojít k dehydrataci, hypovolemickému šoku a selhání ledvin.¹⁾

1.4.4 Terapie

Konzervativní léčba

Je vlastně přípravou před operací, kdy se zavede nasogastrická sonda k odčerpávání žaludečního obsahu, připojena na sběrný výpustný sáček. Dále se provádí náhrada ztracené vody a minerálů pomocí infúzní terapie.

Chirurgická léčba

Kromě paralytického ileu, kde je léčba spíše konzervativní, se vždy přistupuje k operačnímu řešení. Další výjimkou konzervativního léčení, může být invaginace střeva, pokud ovšem invaginát není fixován a můžeme dosáhnout jeho otočení během irigografie.

Chirurgická terapie spočívá zejména v primární resekci s následnou anastomózou, odstranění a obejití překážky, vždy s přístupem laparotomickým. V některých případech, kdy je střevo poškozeno rozsáhleji, se musí provést kolostomie – vyústění střeva navenek, odstranění překážky a následná anastomóza.

Ostatní operační výkony jako je antepozice střeva (derotace a fixace) nebo probatorní laparotomie bez kolostomie jsou méně časté.

U cévního ileu se zpravidla provede embolektomie a následná resekce střeva, při porušení jeho vitality. V tomto případě se provádí v první době stomie, protože je zde riziko následné dehiscence rány.

Operace se často provádějí po etapách, a to ve dvou nebo ve třech dobách. Častěji a bezpečněji se operuje ve třech dobách, kdy v první době se zakládá kolostomie, v druhé době se resekuje střevo a ve třetí době (zhruba za 2-3 měsíce) se ruší kolostomie.³⁾

1.4.5 Komplikace

Častou komplikací u ileózních stavů je zejména perforace střeva při volvulu, nádoru nebo při vmetku do mezenterických cév, které vedou k ischémii stěny střeva s následným rozvojem difúzního zánětu pobřišnice nebo sterkorálního zánětu pobřišnice.¹⁰⁾

¹⁾ ADAMS, B., HAROLD, C. E. Sestra a akutní stavy od A do Z, Praha : Grada Publishig, s.r.o., 1999, str.96

¹⁰⁾ VYHNÁLEK, F., KOLEKTIV AUTORŮ. Chirurgie II., Praha : Informatorium, s.r.o., 1997, str. 157

Lokálně jsou zde pozitivní známky peritonéálního dráždění a svalové napětí břišní stěny, v pokročilém stadiu rozvinutý septický šok s hypovolemií, hypoxií a acidózou.³⁾

Komplikace dělíme na časné poruchy, které souvisejí přímo s anestézií nebo operačním výkonem, dále na poruchy s časovým odstupem jako jsou zánětlivé plicní komplikace, trombembolická nemoc, cirkulační a močové komplikace a poruchy funkce zažívací trubice, a v neposlední řadě na komplikace v operačním poli (včetně rány) – rané komplikace, které jsou spojeny s druhotným krvácením, infekcí a dehiscencí sutury na operovaném orgánu nebo kožní rány.⁹⁾

1.5 Standardní ošetrovatelská péče o pacienta s ileem – střevní neprůchodností

Nemocný s ileem – střevní neprůchodností je přijímán na chirurgický JIP nebo na standardní lůžkové chirurgické oddělení. Pacient je uložen na menší pokoj a vzhledem k závažnosti stavu, stálého sledování a monitorace základních životních funkcí, co nejbližše pracovny sester. Lůžko musí být přístupné ze všech stran, aby měla sestra dobrý přístup k pacientovi.

Po uložení pacienta na pokoj je důležité pečlivé a pravidelné sledování základních životních funkcí, protože toto onemocnění může mít rychlý a nečekaný zvrat, který se odráží na TK, pulzu a saturaci – okysličování krve kyslíkem. Dále je důležité sledování množství tekutin v těle pomocí kontroly kožního turgoru, který je při dehydrataci snížený, množství diurézy a sledování aplikovaných infúzních roztoků, které jsou zajišťovány pomocí periferního žilního katetru zavedeného zpravidla do jedné z větví vena mediana cubiti na horní končetině. Při dehydrataci je rovněž snížena diuréza a pacient je ohrožen minerálovým rozvratem a metabolickou alkalózou, v tomto případě se zavádí permanentní močový katetr, který nám zajišťuje důkladnější a přesnější sledování množství, barvy, zápachu a charakteru vyloučené moče.

Pacient velmi často trpí úporným zvracením, proto se zavádí nasogastrická sonda, která slouží k odčerpávání žaludečního obsahu a je připojena na sběrný sáček, abychom mohli kontrolovat množství, barvu a charakter odpadu. Nedílnou součástí je samozřejmě i péče o dutinu ústní, protože pacient nesmí nic ústy a sliznice úst tím velmi trpí. Poučíme

³⁾ HÁJEK, M. Chirurgie pro praktického lékaře, Praha : Grada Publishing, s.r.o., 1995, str. 172

⁹⁾ VYHNÁLEK, F., KOLEKTIV AUTORŮ. Chirurgie I., Praha : Informatorium, s.r.o., 1997, str. 170

pacienta, aby vyplachoval ústa studenou vodou, nikoli polykal! Na stoleček vedle lůžka mu tedy připravíme sklenici se studenou vodou a emitní misku na vyplivování vody po výplachu dutiny ústní.

Pokud pacient není doporučen k operačnímu řešení, pak má naordinovaný klid na lůžku s možností ranní hygieny v koupelně, samozřejmě s ohledem na jeho schopnosti a zdravotní stav. Při jakékoliv manipulaci či hygienických výkonech postupujeme ohleduplně, šetrně a s porozuměním a pacientovi pomáháme v běžných denních činnostech až do zlepšení stavu.

V případě indikace pacienta k operaci je velmi nutné zjistit, zda pacient ví o svém onemocnění a zda chápe jeho závažnost, důležitá je zejména informovanost pacienta a s tím související psychický stav. Pacient může prožívat strach, úzkost nebo pocit ohrožení, protože je tato situace pro něho nová a neznámá. Psychický stav ovlivňuje ve velké míře i bolesti, které při tomto onemocnění jsou kruté a někdy i nesnesitelné, probíhající v pravidelných intervalech, s vyzařováním do zad nebo eventuálně lopatek. Provedeme tedy s pacientem rozhovor, při kterém zjišťujeme, jestli už prodělal nějakou operaci, jak ji snášel, jestli je na něco alergický nebo jakým způsobem na celkovou anestezii reagoval.

Součástí sledování pacienta je i odběr biologického materiálu, krve a moče a zajištění dalších vyšetřovacích metod dle ordinace lékaře jako je RTG břicha – nativní snímek vstoje, kde jsou typicky znatelné hladinky na střevě, UZ – ultrazvukové vyšetření břicha, popřípadě ještě CT břicha – výpočetní tomografie. Provádí se kompletní vyšetření krevního obrazu, kde sledujeme zejména zánětlivé markery jako jsou leukocyty a hladinu hemoglobinu v krvi, dále biochemické vyšetření krve, kde jsou prioritní zejména minerály (Na, K, Cl₂), urea, kreatinin, jaterní soubor (bilirubin, ALT, AST, ALP, GMT, U-amylasa), zánětlivé markery (CRP) a hladina glukózy v krvi. Při ileósním stavu dochází k rozvratu hlavně minerálů, k poklesu draslíku v krvi, vlivem sníženého cirkulujícího objemu krve, naopak se zvyšuje hladina sodíku a zánětlivých markerů (v některých případech jsou ale výsledky krve v mezích normy a dominuje zejména objektivní a subjektivní nález).

Předoperační příprava

Ve většině případu souvisí předoperační příprava se zavedením NGS – nasogastrické sondy, PMK – permanentního močového katetru, PŽK - periferního žilního katetru a zajištění hydratace, protože toto onemocnění se zpravidla řeší operačním výkonem v celkové anestezii.

Nemocný se zpravidla připravuje akutně po RTG, CT a UZ břicha na operační výkon, kde je důležité zajistit čisté operační pole, v tomto případě břicho, pomocí oholení a vyčištění pupku benzinem za účelem odmaštění a zbavení nečistot. Dále odstranění zubní protézy (pokud ji pacient má), odstranění šperků a v neposlední řadě aplikace premedikace a hlavně příprava psychická!

Premedikace

Premedikace se aplikuje dle zvyklostí oddělení buď p.o (Diazepam- hypnotikum, Dithiaden – na potlačení alergické reakce) nebo i.m (Dolsin 50 mg – analgetikum, anodynum). U aplikace p.o zpravidla večer před spaním a ráno před operací, u aplikace i.m zpravidla půl hodiny před operačním výkonem. Důležité je zejména v případě opiátů poučit pacienta o jeho vedlejších účincích jako je ospalost, sucho v ústech, někdy nauzea a zvracení, aby při vstávání nedošlo k pádu pacienta nebo jeho psychické deprivaci z neinformovanosti. U akutních stavů jako je tento se premedikace aplikuje vždy půl hodiny před výkonem formou intramuskulární injekce!

Příprava psychická

Psychická příprava zahrnuje i rozhovor a kontakt s anesteziologem a operátorem, kteří pacienta informují o přesném průběhu, o pooperačním stavu, následných komplikací a také získat informovaný souhlas pacienta k operaci. Samozřejmě musí navodit přátelskou atmosféru k navázání vřelého vztahu, lékař – pacient. Bez důvěry totiž pacienta strachu a úzkosti nikdy nezbavíme a ani nezmenšíme jeho obavy!

Kontakt je nesmírně důležitý i pro sestru, která pacienta ošetřuje. V jejím případě je prioritou zejména informovanost pacienta o postupu co se bude dít a jakým způsobem bude vše probíhat, od přípravy na operační sál, převoz na operační sál, doba na chirurgické JIP po operaci a převoz na standardní chirurgické oddělení. Důležité a možná to nejpodstatnější je naslouchání pacientovi, jaké má potřeby, sny, zkušenosti se zdravotnickým zařízením a pocity s ním spojené – empatické chování.

Pooperační péče po příjezdu ze sálu

monitoring – po příjezdu pacienta ze sálu se pacient připojí na monitor, kde se v pravidelných intervalech sledují základní životní funkce jako jsou TK, pulz, vědomí a SpO₂ – okysličování krve kyslíkem. První hodinu jsou intervaly po 15 minutách, další hodinu po 30 minutách a dále po hodině. Standardně, pokud je pacient bez komplikací pooperačního stavu, zůstává na pokoji intermediální péče 3 hodiny, poté se odveze na vlastní pokoj a je

předán ošetřující sestře. Na pokoji intermediální péče se kromě FF – fyziologických funkcí ještě kontroluje operační rána, její možné krvácení, invazivní vstupy (břišní spádový drén, redon, periferní žilní katetr), okolí a místo vstupu a množství a charakter odpadu, permanentní močový katetr a diuréza, nasogastrická sonda, množství a charakter odpadu a intenzita bolesti.

oxygenace – aplikace kyslíku je pouze dle potřeb pacienta a dosažených procent saturace kyslíkem. Při oxygenaci 95% - 98% není nutná aplikace kyslíku. Pokud ovšem oxygenace klesne pod 90%, aplikujeme kyslík maskou nebo brýlemi 5-6 l/minutu, až do vyrovnání stavu na více než 90%.

Pooperační péče

Bolest – kontrola intenzity a výskytu bolesti, kontrola účinků analgetik, vhodně zvolená úlevová poloha. Vyhodnocení bolesti při akutním stadiu po 15minutách, vždy vyhodnocovat pomocí měřících a hodnotících technik např. VAS – vizuální analogová škála. Hovořit s pacientem o jeho potřebách, o věcech co ho trápí, protože je to často spojeno s pocitem ohrožení, pocitu nepohodlí a psychické nerovnováhy. Vnímat subjektivní a objektivní projevy bolesti a snažit se pacientovi saturovat veškeré jeho potřeby, které jsou s touto problematikou spojeny. Po odeznění akutního stadia bolesti provádět hodnocení vždy před ukončením pracovní směny.

Péče o invazivní vstupy - kontrola okolí a místa vstupů a operační rány, aseptické postupy při převazech, sledovat proces hojení a všimnout si změn, které by mohly narušit hojení per primam in situ. Kontrola funkce spádových a podtlakových drénů, kontrola množství a charakteru odpadu. Důležitá je také správná životospráva, dostatečný přísun bílkovin, vitamínů a tekutin. Poučít pacienta o důležitosti vhodného a čistého prostředí v oblasti rány. Význam pravidelných převazů, které slouží zejména pro kontrolu procesu hojení.

Péče o permanentní močový katetr – kontrola množství, barvy, zápachu a charakteru vyloučené moče, kontrola příjmu a výdeje tekutin, zvýšená hygienická péče v oblasti

zavedeného močového katetru (oplachy genitálu vlažnou vodou, prevence opruzenin, prevence zalomení katetru a kontrola funkce katetru, který by mohl být zanešen nebo ucpán velmi hustou močí s obsahem písku a nečistot – propachy močového katetru pomocí fyziologického roztoku, který je ohřán na teplotu 37°C.

Péče o NGS a dutinu ústní – kontrola množství, barvy a charakteru odpadu, prevence dekubitů v oblasti sliznice, kde je sonda zavedena, pomocí občasného posunu sondy alespoň dvakrát denně. Zvýšená péče o dutinu ústní je nedílnou součástí této péče, nutné je zejména zvlhčování rtů a dutiny ústní, pomocí vyplachování studenou vodou eventuelně používání balzámu na rty. Žaludeční sonda se ponechává po dobu výraznějšího odpadu ze sondy nebo do odchodu prvních plynů. Její odstranění umožní následné navrácení peristaltiky – obnoví se žaludeční činnost.

Péče o výživu a hydrataci - první 3 až 4 dny je výživa výhradně parenterální, z důvodu umožnění rekonvalescence trávicího ústrojí, postupně při obnovení peristaltiky se pacient zatěžuje tekutinami a poté i stravou per os – ústy. Kontrola kožního turgoru, kontrola pitného režimu a zvolených tekutin. Strava je nejprve tekutá a při její toleranci se přechází postupně na kašovitou, šetřící a konečně racionální. Nutné je zejména poučení pacienta o postupném zvyšování dávek stravy, začínat od menších porcí a postupně přidávat, hodně stravu kousat a zapíjet tekutinami, informovat o nevhodnosti některých potravin jako jsou zejména dužina pomerančů a mandarinek, velké množství hroznového vína, velké množství oříšků atd.

Péče o vyprazdňování – informovat pacienta o vhodnosti a nutnosti pohybu, dostatečného množství tekutin. Zjistit návyky pacienta a snažit se mu přizpůsobit podmínky k vykonání potřeby. Pokud nepomohou tyto metody je nutné informovat lékaře a pacientovi aplikovat

vhodně zvolená laxantiva dle ordinace lékaře. Kontrolovat dostatečný pitný režim.

Péče o psychickou pohodu pacienta – nejdůležitější je pocit bezpečí a jistoty, což jsou potřeby psychosociální, které při jejich nerovnováze vedou k pocitu strachu, úzkosti, pocitu ohrožení, nejistoty, neklidu, bezmoci a beznaděje. Sestra by tedy měla naslouchat nemocným nebo se po těchto pocitech ptát sama, protože při jejich neuspokojení dochází ke změnám chování ve formě úniku či agrese. Součástí psychické pohody pacienta je i přítomnost rodiny a zapojení rodiny do ošetrovatelského, rekonvalescenčního procesu, což je důležitá složka úspěšného uzdravování.

1.6 Prognóza

Prognóza je vždy závislá na celkovém stavu nemocného a na pokročilosti ileu. Operuje-li se včas, tedy dříve než dojde k nekróze střeva a k peritonitidě, je úmrtnost menší než 5%. Pokud dojde k rozvinutí nekrózy či peritonitidy zejména u pacientů vyššího věku, je úmrtnost 20-50%. Po operaci ileu, který byl způsoben adhezemi je velké riziko dalšího ileu. Pokud pacient nemá obtíže a je bez komplikací, může zpravidla 10. pooperační den do domácího ošetřování.

Pouze u ileu způsobeného nádorem je prognóza velmi nepříznivá, vzhledem k nádorové diseminaci, peritonitidě z perforace gangrenózního střeva je úmrtnost 75-90% do 1 měsíce.

1.7 Edukace

Edukace je nesmírně důležitá zejména v této oblasti, protože po operačních výkonech v oblasti břicha, často dochází k pooperačním srůstům, které pak mohou i ohrožovat život člověka a komplikovat tak jeho zdraví.

Smyslem edukace tedy je informovat všechny pacienty o možnosti této komplikace a hlavně je seznámit s příznaky, které jsou pro toto onemocnění typické a aby mohlo dojít k včasnému terapeutickému zákroku. Nedílnou součástí informovanosti je také

edukace o pohybovém režimu, stravování a nevhodnosti některých potravin a nutnosti dodržování pitného režimu.

Důležité je samozřejmě zapojit i rodinu, která se na domácím ošetřování a následné péči nejvíce podílí a je pacientovi tou největší oporou.

2 ZÁKLADNÍ IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

- **jméno a příjmení:** P. J
- **oslovení:** paní P.
- **věk:** 49 let
- **r.č:** 595225/xxxx
- **adresa:** východní Čechy
- **rodinný stav:** vdaná
- **povolání:** administrativní pracovnice
- **vzdělání:** střední s maturitou
- **pojišťovna:** 207
- **národnost:** česká
- **telefon:** ano
- **vyznání:** bez vyznání
- **kontaktní osoba:** manžel (1a, 2)

Příjem k hospitalizaci: 22.12. 2008 v 6:15

Datum operace: 22.12. 2008 v 8:15

- Pacientka byla akutně přijata s náhlou příhodou břišní s podezřením na Ileus-střevní neprůchodnost.

Datum mého ošetřování: od 22.12. 2008 do 27.12. 2008 (2, 3)

3 LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA A LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY

3.1 Lékařská anamnéza

Osobní anamnéza

Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění, interně se s ničím neléčí. Chronicky žádné léky neužívá. V roce 1981 jí byl odoperován žlučník pro lithiázu-cholecystektomie, provedena laparotomickým přístupem- šikmý řez v pravém podžebří. V roce 2000 byla operována pro zánět slepého střeva- apendectomie, provedena laparoskopickým přístupem. 15.12. 2008 byla pacientka na gynekologické operaci pro polymenoreu, provedena dolní střední laparotomií.. (1a, 2)

Rodinná anamnéza

Dle pacientky se v rodině vážná onemocnění nevyskytovala.

Alergická anamnéza

neuguje

Rizikové faktory

Malnutrice, dle BMI skóre 16, velmi nízké skóre, viditelná kachexie.

Sociální anamnéza

Pacientka žije s manželem 25 let v rodinném domě ve spokojeném manželství, bez závažných komplikací. Pacientka má dvě dcery. Manžel i dcery pacientku pravidelně a často navštěvují. Jsou jí velkou oporou.

Farmakologická anamnéza

Pacientka trvale žádné léky neužívá.

Pracovní anamnéza

Pacientka pracuje jako administrativní pracovnice v bance. (1a, 1b, 6)

Objektivní nález

Pacientka je při vědomí, orientovaná, poloha úlevová, při chůzi si přidržuje břicho, třes 0, výška 175 cm, váha 49 kg, kachektická, řeč plynulá s bolestivými grimasami, bez cyanózy a ikteru.

Břicho: nad úrovní hrudníku, souměrné, pohmat i poklep bolestivý, břicho měkké volně prohmatné, difúzně palpačně citlivé nejvíce v epigastriu, jinak bez hmatné rezistence a známek peritoneálního dráždění, peristaltika zrychlená s bolestí, borborygmy zesílené, jizvy + (st.po cholecystektomii, apendektomii, gynekologické operaci- dolní střední laparotomii).

Rty: bledé, bez cyanózy, souměrné, bpn.

Dásně a sliznice dutiny ústní: suchá, bledá, bpn.

Jazyk: růžový, vlhký, mírně povleklý, plazí ve střední čáře

Kůže: prokrvená, ikterus 0, hyperpigmentace 0, turgor snížený, jizvy + (viz. vyšetření břicha).

Hlava: lebka normocefalická, poklepy nebolestivé, výstupy trigeminu nebolestivé, inervace facialis správná, kůže bpn, vlasy husté.

Oči: obočí husté, víčka bpn, oční bulby ve středním postavení, pohyblivé, spojivky růžové, skléry bílé, rohovka průhledná (korneální reflex +).

Uši, nos: bez výtoku.

Tonzily: hladké, nezvětšené.

Chrup: vlastní, sanován.

Krk: krční páteř pohyblivá, pulzace karotid oboustranně hmatná, náplň krčních žil v normě, krční uzliny a štítná žláza nezvětšené.

Hrudník: astenický, souměrný, prsy bez hmatné rezistence.

Plíce: poklep plný jasný, dýchání čisté sklípkovité, šelesty 0, bronchofonie a fremitus pectoralis oboustranně stejné.

Srdce: srdeční krajina bez vyklenutí, úder hrotu neviditelný, akce srdeční pravidelná 100'-tachykardie, ozvy ohraničené, šelesty 0.

Játra: nepřesahují pravý oblouk žeberní, měkká palpačně nebolestivá, pulzace 0, okraj ostrý, hepatojugulární reflux 0, Murphy 0.

Slezina: nenáráží.

Ledviny: bimanuálně nehmatné, tapotement 0.

Genitál: normálně vyvinutý, uretra bez výtoku, labia major bez zduření.

Uzliny: nehmatné.

Páteř: pohyblivá, nebolestivá, zakřivení normální.

Klouby: tvar ušlechtilý, pohyblivost dobrá, nebolestivá.

Reflexy: výbavné.

Čítí: přiměřené.

Periferní pulzace: oboustranně hmatné.

Varixy: 0, lýtka nebolestivá.

Otoky: 0 (1b, 2, 3)

3.2 Lékařské diagnózy

Hlavní důvod hospitalizace: K 567- Ileus- střevní neprůchodnost.

Název operace: Eliberatio intestini tenues, adhesiolysis, LPT reviza- rozrušení srůstů na tenkém střevě, laparotomická revize.

Ostatní lékařské diagnózy: Kachexie, Malnutrice (2, 3)

4 DIAGNOSTICKÁ PÉČE

4.1 Fyziologické funkce

Předoperační hodnoty při příjmu - 22.12. 2008 v 6:15

TK- 125/75 mmHg

pulz- 100' pravidelný, zrychlený

dech- 16'/minutu

tělesná teplota- 36,8 °C

vědomí – pacientka při vědomí, orientovaná.

výška- 175 cm

váha- 49 kg

BMI- skóre 16

Pacientka byla při příjmu připojena na monitor, kde se každých 30 minut sledoval krevní tlak, pulz, SpO2-okysličování krve kyslíkem a celkový stav.

Monitoring – hodnoty před operací 22.12.2008 od 6:30 do 8:00

Tabulka č.1

ČAS	TK	P	SpO2
6:30	120/70	110'	98%
7:00	125/75	118'	99%
7:30	122/72	115'	97%
8:00	118/74	109'	98%

Pacientka byla tlakově stabilní, pulz zrychlený, SpO2 v normě. Pacientka neustále měnila polohy, díky bolestem byla velmi unavená a vyčerpaná. Při změně polohy naříkala. Vzhledem k objektivnímu nálezu byla pacientka v 8:15 akutně převezena na operační sál.

Pooperační hodnoty po příjezdu z operačního sálu – 22.12.2008 v 10:15

Po operaci 22.12. 2008 v 10:15 byla pacientka přivezena na pokoj intenzivní péče (pooperační pokoj) standartního chirurgického oddělení. Zde byla připojena na monitor, kde se sledoval krevní tlak, pulz, dech, SpO2- okysličování krve kyslíkem, vědomí, funkce

zavedené drenáže, nasogastrické sondy a eventuální krvácení z operační rány. Po příjezdu ze sálu pacientka pospává, na oslovení reaguje, jazyk plazí středem, žádosti vyhoví. Zaujímá klidnou polohu na zádech.

Monitoring – hodnoty po operaci 22.12. 2008 od 10:15 do 13:15

Tabulka č.2

<i>ČAS</i>	<i>TK</i>	<i>P</i>	<i>SpO2</i>	<i>VĚDOMÍ</i>
10:15	118/70	106´	92%	na oslovení reaguje
10:30	125/75	108´	95%	pospává, reaguje
10:45	120/70	111´	98%	probuzena
11:00	115/76	100´	96%	probuzena, bolesti
11:15	116/72	93´	97%	bolesti ustoupily
11:45	118/75	96´	98%	pospává, reaguje
12:15	110/72	94´	97%	pospává, reaguje
13:15	108/71	88´	96%	probuzena

1. den po operaci 23.12. 2008- kontrola krevního tlaku a pulzu 3x denně.

Tabulka č.3

<i>ČAS</i>	<i>TK</i>	<i>P</i>
6:00	108/61	86´
12:00	113/59	84´
18:00	115/70	82´

Další kontrola fyziologických funkcí se neprováděla, kromě měření tělesné teploty 2x denně.

4.2 Laboratorní vyšetření

22.12. 2008 v 6:15, vyšetření před operací- KO+diferenciál, biochemické vyšetření krve, moč chemicky a sediment.

- moč v normě, kromě specifické hmotnosti- 1032

23.12. 2008, 1. pooperační den - KO, biochemické vyšetření krve

25.12. 2008, 3. pooperační den - KO, biochemické vyšetření krve

27.12. 2008, 5. pooperační den - biochemické vyšetření krve- minerály

27.12. 2008, 5. pooperační den - stěr z operační rány na K+C- kultivaci a citlivost

výsledek kultivace a citlivosti ukázal na přítomnost *Klebsiella oxytoca* v operační ráně (aplikována antibiotika- Gentamicin 240 mg intravenózně á 24 hodin, Amoksiklav 1,2 gr intravenózně á 8 hodin)

2.1. 2009, 11. pooperační den - KO+diferenciál, biochemické vyšetření krve- CRP (C-reaktivní protein).

Tabulky laboratorních odběrů

22.12.2008 v 6:15 – před operací
Krevní obraz + diferenciál

Název vyšetření	Hodnoty	Referenční hodnoty
Hemoglobin	136	120-162 g/l
Erytrocyty	4,26	3,9-5,1 $10^{12}/l$
Hematokrit	0,38	0,37-0,47 l
Objem ery	89	84-98 fl
Leukocyty	21	3,8-10 $10^9/l$
Trombocyty	556	130-380 $10^9/l$
Eozinofily	0	0,01-0,04 l
Basofily	0	0-0,01 l
Monocyty	0,04	0,03-0,08 l
Lymfocyty	0,23	0,23-0,45 l

22.12.2008 v 6:15 – před operací
Biochemické vyšetření krve

Název vyšetření	Hodnoty	Referenční hodnoty
s-Glukóza	8,5	4-6 mmol/l
s-Urea	8	2-6,7 mmol/l
s-Kreatinin	68	40-88 umol/l
s-Kys.močová	197	155-350 umol/l
s-Bilirubin	6	2-17 umol/l
s-Na	137	137-146 mmol/l
s-K	3,9	3,8-5 mmol/l
s-Cl	103	97-108 mmol/l
s-ALT	0,93	0,1-0,78 ukat/l
s-AST	0,64	0,25-0,58 ukat/l
s-GMT	0,97	0,14-0,68 ukat/l
s-LD	3,37	1,75-3,42 ukat/l
s-CK	1,15	0,58-3,5 ukat/l
s-ALP	0,96	0,58-1,75 ukat/l
s-CRP	2,6	0-5 mg/l
s-AMS	x	0,42-2 ukat/l

23.12.2008 – 1. pooperační den

Krevní obraz

Název vyšetření	Hodnoty	Referenční hodnoty
Hemoglobin	117	120-162 g/l
Erytrocyty	3,59	3,9-5,1 $10^{12}/l$
Hematokrit	0,33	0,37-0,47 l
Objem ery	92	84-98 fl
Leukocyty	15,9	3,8-10 $10^9/l$
Trombocyty	446	130-380 $10^9/l$

23.12.2008 – 1. pooperační den

Biochemické vyšetření krve

Název vyšetření	Hodnoty	Referenční hodnoty
s-Glukóza	4,9	4-6 mmol/l
s-Urea	5,8	2-6,7 mmol/l
s-Kreatinin	62	40-88 umol/l
s-Bilirubin	10	2-17 umol/l
s-Na	139	137-146 mmol/l
s-K	4,1	3,8-5 mmol/l
s-Cl	105	97-108 mmol/l
s-ALT	0,72	0,1-0,78 ukat/l
s-AST	0,79	0,25-0,58 ukat/l
s-GMT	0,52	0,14-0,68 ukat/l
s-ALP	0,64	0,58-1,75 ukat/l
s-CRP	92	0-5 mg/l
s-AMS	0,43	0,42-2 ukat/l

25.12.2008 – 3. pooperační den

Krevní obraz

Název vyšetření	Hodnoty	Referenční hodnoty
Hemoglobin	88	120-162 g/l
Erytrocyty	2,63	3,9-5,1 $10^{12}/l$
Hematokrit	0,24	0,37-0,47 l
Objem ery	91	84-98 fl
Leukocyty	17,3	3,8-10 $10^9/l$
Trombocyty	333	130-380 $10^9/l$

25.12.2008 – 3. pooperační den
Biochemické vyšetření krve

Název vyšetření	Hodnoty	Referenční honoty
s-Glukóza	5,2	4-6 mmol/l
s-Urea	3,7	2-6,7 mmol/l
s-Kreatinin	48	40-88 umol/l
s-Bilirubin	10	2-17 umol/l
s-Na	137	137-146 mmol/l
s-K	2,9	3,8-5 mmol/l
s-Cl	101	97-108 mmol/l
s-ALT	0,54	0,1-0,78 ukat/l
s-AST	0,65	0,25-0,58 ukat/l
s-ALP	0,92	0,58-1,75 ukat/l
s-AMS	0,71	0,42-2 ukat/l

27.12.2008 – 5. pooperační den
Biochemické vyšetření krve

Název vyšetření	Hodnoty	Referenční honoty
s-Na	138	137-146 mmol/l
s-K	4,3	3,8-5 mmol/l
s-Cl	105	97-108 mmol/l

2.1.2008 – 11. pooperační den

Krevní obraz + diferenciál

Název vyšetření	Hodnoty	Referenční hodnoty
Hemoglobin	109	120-162 g/l
Erytrocyty	3,39	3,9-5,1 $10^{12}/l$
Hematokrit	0,31	0,37-0,47 l
Objem ery	91	84-98 fl
Leukocyty	12,3	3,8-10 $10^9/l$
Trombocyty	671	130-380 $10^9/l$
Eozinofily	0,11	0,01-0,04 l
Basofily	0	0-0,01 l
Monocyty	0,05	0,03-0,08 l
Lymfocyty	0,22	0,23-0,45 l

2.1.2009 – 11. pooperační den

Biochemické vyšetření krve

Název vyšetření	Hodnoty	Referenční hodnoty
s-CRP	8,6	0-5 mg/l

4.3 Další diagnostická vyšetření

Před operací

22.12.2008 v 6:00 – UZ - ultrazvuk+nativní CT břicha

Játra, slezina, ledviny, močový měchýř a žlučník normální nález. Volná tekutina v dutině břišní perihepaticky a meziklčkově. Tenuum je distendované až na 35 mm, peristaltika nepřítomna. V pánvi vpravo před Bauhinskou chlopní je několik kliček zkolabovaných. Tračník je zkolabovaný v celém rozsahu.

22.12. 2008 v 6:00- Rtg – rentgen, nativní snímek břicha

Zobrazené vícečetné hladinky v tenkých kličkách, šíře od 2,5 až do 4 cm. Nejvýznamnější plynová náplň tenkých kliček a hladinek je v levém epigastriu. Bez volného pneumoperitonea.

Interní předoperační vyšetření neprovedeno vzhledem k akutnímu operačnímu výkonu z vitální indikace. Provedeno pouze EKG- zde pravidelný sinusový rytmus a elektrická osa normotyp.

Po operaci

Další kontrolní vyšetření pacientka neměla.

5 TERAPEUTICKÁ PÉČE

5.1 Předoperační péče - ošetrovatelská

22.12. 2008- operační výkon z vitální indikace

Speciální příprava

Oholení operačního pole, oblast břicha od prsou dolu až do podbřišku, vyčištění pupíku benzinem. Dle ordinace lékaře byla pacientce zavedena nasogastrická sonda k odčerpávání žaludečního obsahu a byla připojena na sběrný výpustný sáček, periferní žilní katetr do levé horní končetiny pro aplikaci infúzní terapie a permanentní močový katetr č.18 pro následnou kontrolu diurézy, množství a charakteru moče. Pacientka o nutných opatřeních byla informována vždy před aplikací a souhlasila s jejich zavedením.

Premedikace

Premedikace byla aplikována intramuskulárně opiátovou injekcí v 7:45 půl hodiny před operací z důvodu nepřijímání tekutin per os a akutního výkonu z vitální indikace - Dolsin 50 mg. O účincích premedikace byla pacientka informována před aplikací a s podáním souhlasila.

Psychická příprava

Pacientka byla plně informována operátérem o akutnosti operačního výkonu a verbálně sdělení rozuměla, s operací souhlasila. Lékař informoval pacientku o průběhu operace a možných výkonech, které by byly nutné provést, pokud by to bylo nutné, jako je například stomie – vyústění střeva navenek v oblasti břicha. Pacientka všem opatřením rozuměla a s eventuálními výkony souhlasila. Znala všechna rizika, která by mohla nastat, pokud by nebyla operována a chápala vážnost svého stavu, který ji ohrožuje na životě.

Pacientka byla informována sestrou o výkonech, které musí podstoupit, včetně zavedení NGS, PŽK a PMK. Pacientka chápala tato opatření jako součást přípravy a s jejich aplikací souhlasila. Dostala přesné informace o krocích, které budou následovat. Věděla v kolik hodin půjde na operační sál, kde bude po operaci a jaká bude pooperační péče. Součástí přípravy byla i edukace rodiny. Rodina chápala nutnost pooperačního odpočinku pro pacientku a s opatřením souhlasila.

Pacientka byla poučena, že nesmí nic per os- nic ústy, pouze zvlhčovat rty mokrou gázou a vyplachovat ústa studenou vodou z důvodu prevence poškození sliznice dutiny ústní s tvorbou krust. Edukaci chápala a podílela se na ní společně se sestrou.

fyziologické funkce před operací-

TK- 118/74 mmHg,

P- 109´pravidelný,

tělesná teplota - 36,8 °C.

5.2 Chirurgická terapie

Výtah z operačního protokolu

Začátek operace byl v 8:15, konec operace v 10:15, celková doba operace byla 2 hodiny. Krevní ztráty byly přiměřené. Operace klidná v celkové anestezii, bez komplikací. Operativní přístup byl laparotomický.

Původní jizvou po předchozí operaci, dolní střední laparotomií, vstupujeme do dutiny břišní. Zde nalézáme serózní výpotek, který vysoušíme, silně dilatované kličky tenua a adheze na přední stěně břišní po ometektomii. Dále nalézáme přichycenou tenkou kličku k pahýlu pochvy a k oblasti po adnexektomii vpravo. Rušíme tyto srůsty a pasážujeme obsah tenua volně přes Bauhinskou chlopeň do colon. Další překážky nenalezeny. Provádíme výplach dutiny břišní a zavádíme drén do Douglasova prostoru. Sutura operační rány po vrstvách.

Rána se nachází v oblasti epigastria, délka je 10 cm, drén zaveden do oblasti pravého mesogastria.

Péče o operační ránu, spádový břišní drén, periferní žilní katetr, nasogastrickou sondu a permanentní močový katetr

Péče o operační ránu od 22.12.2008 do 7.1.2009

- **0. den operace-** pouze kontrola krvácení – krvácení z rány 0, obvaz suchý
- **1. pooperační den** - rána klidná, nekrvácí, bez známek infekce, hojení probíhá per primam, dezinfekce rány, přiloženo sterilní krytí.
- **2. pooperační den** - okolí rány mírně zarudlé, bez sekrece, jsou zde známky komplikace hojení, dezinfekce rány, přiloženo sterilní krytí.
- **3. pooperační den** - rána silně zarudlá, hmatná tuhá rezistence v oblasti 5 - 6 stehu, sekrece minimální, dezinfekce rány, přiloženo sterilní krytí s Višnovským balzámem. Převaz sterilního krytí 1x denně.

- **4. pooperační den** - rána silně zarudlá, rezistence se zvětšuje, zvýšená sekrece a bolestivost rány, dezinfekce rány, přiloženo sterilní krytí s Višňovským balzámem. Hojení probíhá per secundam in situ, komplikováno zánětem po opakovaném výkonu ve stejné oblasti a malnutricí pacientky. Sterilní krytí měněno 2x denně.
- **5. pooperační den** - rána zarudlá, secernující, dezinfekce rány, 5-6 steh odstraněn, vypuštěno velké množství sanquinolentního hnisu, proveden stěr z operační rány na K+C, proveden proplach rány peroxidem, zaveden rukavicový drén, přiloženo sterilní krytí, výměna sekundárního krytí dle sekrece rány, výměna sterilního krytí byla 4x denně. Dle charakteru hnisu byla nasazena ATB. Pacientka alergii na léky neudává a první dávku ATB snášela bez problému a projevu vedlejších účinků.
- **6. - 16. pooperační den** – aplikovaná ATB byla dle výsledku K+C v souladu s nálezem, na nalezenou bakterii (Klebsiella oxytoca) byla citlivá. Pravidelnými převazy operační rány s proplachy peroxidem se operační rána vyčistila a došlo k hojení. Rukavicový drén byl odstraněn 30.12. 2008. Sekrece operační rány byla již minimální. Výměna sterilního krytí 1x denně. Operační rána se hojila. Při dimisi 7.1.2009 se operační rána již hojila per secundam s minimální sekrecí.

Péče o spádový břišní drén od 22.12.2008 do 26.12.2008

- **0. - 4. pooperační den** – okolí drénu klidné, bez známek infekce, funkce a průchodnost drénu v pořádku, sekrece zpočátku zvýšená, drén napojen na výpustný sběrný sáček, výměna sáčku byla každý den při měření odpadu ve 22:00.
- **0. operační den** – sekrece z operační rány je zvýšená, množství odpadu je 208 ml.
- **1. pooperační den** – sekrece z operační rány ustává, množství odpadu je 21 ml.
- **2. pooperační den** - sekrece je minimální, množství odpadu je 6 ml.
- **3. pooperační den** – drén odvádí nepatrné množství sekretu, množství odpadu je 1 ml.
- **4. pooperační den** - drén odstraněn. Odpad měřen každý den ve 22:00. Při pravidelných každodenních převazech bylo okolí drénu odezinfikováno a sterilně kryto.
- Při dimisi 7.1.2009 byl vstup po drénu již zatažen bez známek infekce a sekrece.

Péče o periferní žilní katetr od 22.12.2008 do 2.1.2009

- od 0. do 11. pooperačního dne katetr průchodný, bez známek infekce, kryt transparentní fólií, 3., 6. a 9. pooperační den katetr vyměněn dle ošetrovatelského

standardu a aplikován do jiné periferní žíly na horní končetině, parenterální výživa trvala do 5. pooperačního dne, od 6. pooperačního dne pacientka mohla tekutiny per os, viz. 5.5 Dietoterapie. Katetr byl ale ponechán do 2.1.2009 z důvodu aplikace antibiotik intravenózně.

Péče o nasogastrickou sondu a dutinu ústní od 22.12.2008 do 24.12.2008

- **0. - 1. pooperační den** - funkce a průchodnost v pořádku, sonda odvádí minimální množství žaludečního obsahu, barva zelená, odpad měřen každý den ve 22:00, sonda napojena na sběrný sáček, který se měnil také každý den v době měření odpadu ze sondy.
- **0. operační den** – barva žaludečního obsahu zelená, množství odpadu je 20 ml.
- **1. pooperační den** – sonda průchodná dle zkoušky Janetovou stříkačkou, množství odpadu je 0 ml.
- **2. pooperační den** - sonda odstraněna, byla sice průchodná ale neodváděla žaludeční obsah.
- Během ošetřování o NGS byla pacientka edukována o možnosti otlaků na sliznici, proto se 2x denně prováděl mírný pohyb se sondou, dále o zvýšené péči o dutinu ústní a rty. Rty byly zvlhčovány gázou a balsámem a dutina ústní byla vyplachována studenou vodou. Pacientka edukaci chápala a na prevenci se podílela společně se sestrou, spolupracovala.

Péče o permanentní močový katetr od 22.12.2008 do 26.12.2008

- **0. - 4. pooperační den** - katetr odvádí přiměřené množství čiré moče připojený na výpustný sběrný sáček, který se měnil každý den ve 22:00, nejsou zde známky zánětlivého procesu, pacientka nepocítuje pálení ani bolest v oblasti katetru, provedena hygienická opatření, bilance tekutin měřena ve 22:00.
- **0. operační den** – příjem tekutin – 4000 ml, výdej tekutin – 1800 ml, Spv – specifická hmotnost – 1028.
- **1. pooperační den** – příjem – 3500 ml, výdej – 2200 ml, Spv – 1022.
- **2. pooperační den** – příjem – 3000 ml, výdej – 2700 ml, Spv – 1018.
- **3. pooperační den** – příjem – 2500 ml, výdej – 2500 ml, Spv – nenaordinován.
- **4. pooperační den** – příjem a výdej tekutin nenaordinován, močový katetr odstraněn. Pacientka soběstačná, pohyblivá.

- Po odstranění pacientka neměla problémy s močením, močila hodinu po odstranění. Neměla pocity pálení ani řezání při močení. Hygienická opatření provedla sama bez pomoci sestry. Během zavedení katetru byla ale edukována o zvýšené hygienické péči a všem opatřením rozuměla, spolupracovala.

5.3 Pooperační péče

22.12. 2008- 0. den operace

Pacientka přivezena ze sálu na pooperační pokoj, kde byla připojena na monitor. Bolesti po operaci byly menšího rozsahu než před operací. Projevy bolesti byly zejména verbální- aplikován Novalgin 1 ampule intravenózně (analgetikum)

Infúzní terapie- pacientka ze sálu přivezena s fyziologickým roztokem 1000 ml, rychlost kapek 80gtt/minutu. Dále byl naordinován Hartmanův roztok 2000 ml. Z pravé části mesogastria vyveden spádový břišní drén- odvádí.

Ordinace ze sálu

1. **Pooperační dohled-** měření fyziologických funkcí- TK, pulz, dech, okysličování krve kyslíkem-SpO₂, vědomí 4x po 15 minutách, 2x po 30 minutách a 1x po hodině.

- TK- v rozmezí 110/70 – 125/75
- P- v rozmezí 111' - 88'
- dech-SpO₂ v rozmezí 92% - 98%
- vědomí- pacientka reaguje na oslovení, po utlumení bolesti spává.

* fyziologické funkce dále viz. 4.1 tabulka č.2

2. **Analgezie-** pacientka asi hodinu po operaci pociťuje bolesti v oblasti operační ráně, proto byl aplikován Novalgin 1 ampule intravenózně. Po 5 minutách došlo k zmírnění bolesti a pacientka usnula.
3. **Antibiotika-** ze sálu nenaordinována. Antibiotika aplikována 5. pooperační den vlivem hojení rány per secundam a nálezu ve stěru z rány na kultivaci a citlivost (přítomnost *Klebsiella oxytoca* v operační ráně). Aplikován Gentamicin 240 mg intravenózně á 24 hodin vždy ve 14:00, Amoksiklav 1,2 gr i.v. á 8 hodin, 6:00 – 14:00 – 22:00. Od 27.12. 2008 do 2.1. 2008. Pacientka antibiotika snášela dobře, bez vedlejších účinků.

4. **Prevence trombembolické nemoci-** ze sálu naordinován Fraxiparin multi 0,6 ml subcutánně. První dávka byla aplikována 22.12. 2008 ve 14:00. Další dávky byly aplikovány 1x denně v 6:00, od 22.12. 2008 do 28.12.2008. Bandáže dolních končetin nenaordinovány.
5. **Infúzní terapie-** ze sálu pacientce dokapával fyziologický roztok 1000 ml, na oddělení byl pak dále naordinován Hartmanův roztok 2000 ml. Vzhledem k diagnóze a pooperačnímu stavu pacientka nesměla nic per os, výživa musela být parentarální do 6. pooperačního dne. Pacientka po tuto dobu dostávala minimálně 2500 ml intravenózně. Aplikovány byly roztoky- Fyziologický roztok, Hartmanův roztok, Glukóza 5%. Během této doby mohla pouze zvlhčovat rty gázou. Infúzní terapii snášela dobře, ke konci terapie měla dokonce i chuť na jídlo. Od 6. pooperačního dne pacientka již dostala tekutiny per os. Snášela to dobře.
6. **Poloha-** pacientka zaujímal polohu na zádech, ležela klidně bez projevu nepohodlí.
7. **Dieta-** vzhledem k diagnóze a pooperačnímu stavu pacientka do 6. pooperačního dne dostávala pouze parentarální výživu. 6. pooperační den mohla poprvé tekutiny per os, snášela je dobře bez potíží. Byla poučena o malých dávkách tekutin každých 30 minut. 7. pooperační den dieta č.0- tekutá, pro dobrou snášenlivost 8. pooperační den dieta č.1- kašovitá, nezvracela, snášela dobře, proto 10. pooperační den dieta č. 3- racionální. Pacientka se cítila dobře, nezvracela, dietu snášela dobře. Pacientka dostávala bílkovinné přídavky pro lepší hojení rány.
8. Pacientka po operaci pít nesměla, měla zavedenou nasogastrickou sondu, tekutiny ve formě infúzí, moč jí odváděl permanentní močový katetr, 4. pooperační den byl odstraněn, močila bez potíží. Vstávala až 2. pooperační den, s hygienou dopomáhala sestra do návratu k soběstačnosti.

5.4 Oxygenoterapie

- Pacientka po operaci byla monitorována na pokoji intenzivní péče, kde se sledovalo i SpO₂ – okysličování krve kyslíkem, viz. 4.1, tabulka č. 2. Po operaci pacientka dýchala dostatečně, jak subjektivně tak objektivně, proto nebylo potřeba aplikovat kyslík.

5.5 Farmakoterapie

5.5.1 Infúzní

DATUM	NÁZEV LÉKU A INFUZNÍHO ROZTOKU	PŘÍMĚSI	ČETNOST PODÁNÍ	DOBA PODÁNÍ
22.12.2008 před operací	1000 ml Hartmanova roztoku	+ 1 ampule Quamatelu	1 krát	6:15 – 8:15
	1000 ml Fyziologického roztoku		1 krát	6:15 – 8:15
22.12.2008 po operaci	2000 ml Hartmanova roztok		1 krát	10:15 – 24:00
23.12.2008	2000 ml Hartmanova roztoku		1 krát	na 24 hodin
	1500 ml 5% Glukózy		1 krát	na 24 hodin
	100 ml Fyziologického roztoku	+ 40 mg Helicidu	2 krát denně	6:00 – 18:00
24.12.2008	1000 ml Hartmanova roztoku		1 krát	na 24 hodin
	1000 ml Fyziologického roztoku		1 krát	na 24 hodin
	1000 ml 5% Glukózy		1 krát	na 24 hodin
	100 ml Fyziologického roztoku	+ 40 mg Helicidu	2 krát denně	6:00 – 18:00
25.12.2008	1500 ml Hartmanova roztoku		1 krát	na 24 hodin
	1000 ml Fyziologického roztoku		1 krát	na 24 hodin
26.12.2008	1500 ml Hartmanova roztoku		1krát	na 24 hodin
	1000 ml Fyziologického roztoku		1 krát	na 24 hodin
27.12.2008	1500 ml Hartmanova roztoku		1 krát	na 24 hodin
	1000 ml Fyziologického roztoku		1 krát	na 24 hodin
	100 ml Fyziologického roztoku	+ 240 mg GTM (atb)	á 24 hodin	14:00
28.12.2008 – 2.1.2009	100 ml Fyziologického roztoku	+ 240 mg GTM (atb)	á 24 hodin	14:00

5.5.2 Injekční

DATUM	NÁZEV LÉKU	SÍLA LÉKU	FORMA PODÁNÍ	ČETNOST PODÁNÍ	DOBA PODÁNÍ
22.12.2008 před operací	Novalgin	16 mg	i.v.	1 krát	6:15
	Dolsin	50 mg	i.m.	1 krát	7:45
22.12.2008 po operaci	Novalgin	16 mg	i.v.	1 krát	11:00
	Fraxiparin multi	0,6 ml	s.c.	1 krát	14:00
	Dipidolor	15 mg	i.m.	2 krát	15:00, 22:00
	Synthostigmin	0,5 mg	i.m.	1 krát	22:00
23.12.2008	Novalgin	16 mg	i.v.	3 krát denně	8:00, 12:00, 16:00
	Degan	10 mg	i.v.	á 12 hodin	6:00, 18:00
	Synthostigmin	0,5 mg	i.m.	á 8 hodin	6:00, 14:00, 22:00
	Dipidolor	15 mg	i.m.	1 krát	22:00
	Fraxiparin multi	0,6 ml	s.c.	á 24 hodin	6:00
24.12.2008	Novalgin	16 mg	i.v.	3 krát denně	8:00, 12:00, 16:00
	Synthostigmin	0,5 mg	i.m.	á 8 hodin	6:00, 14:00, 22:00
	Dipidolor	15 mg	i.m.	1 krát	22:00
	Fraxiparin multi	0,6 ml	s.c.	á 24 hodin	6:00
25.12.2008	Novalgin	16 mg	i.v.	2 krát denně	8:00, 16:00
	Synthostigmin	0,5 mg	i.m.	1krát	6:00, poslední
	Fraxiparin multi	0,6 ml	s.c.	á 24 hodin	6:00
26.12.2008	Fraxiparin multi	0,6 ml	s.c.	á 24 hodin	6:00
27.12.2008	Novalgin	16 mg	i.v.	1 krát	9:00
	Fraxiparin multi	0,6 ml	s.c.	á 24 hodin	6:00
	Amoksiklav	1,2 gr	i.v.	2 krát	14:00, 22:00
28.12.2008	Fraxiparin multi	0,6 ml	s.c.	á 24 hodin	6:00, poslední
	Amoksiklav	1,2 gr	i.v.	á 8 hodin	6:00, 14:00, 22:00

5.5.3 Per os

DATUM	NÁZEV LÉKU	SÍLA LÉKU	FORMA LÉKU	ČETNOST PODÁNÍ	DOBA PODÁNÍ
27.12.2008	KCL		tableta	3 krát denně	8:00, 12:00, 16:00
28.12.2008	KCL		tableta	2 krát denně	8:00, 16:00
	Novalgin	500 mg	tableta	1 krát denně	16:00
30.12.2008 – 3.1.2009	Diazepam	5 mg	tableta	1 krát denně	22:00

5.6 Dietoterapie od 22.12.2008 do 1.1.2009

- **0. – 5. pooperační den** pacientka nesmí nic per os, výživa je parenterální.
- **6. pooperační den** – dieta č.OS – čajová, pacientka může tekutiny po lžičkách, snáší to dobře, nezvracela.
- **7. pooperační den** – dieta č.0 – tekutá, přidány bílkovinné přísady pro zlepšení hojení rány, stravu snáší dobře, nezvracela, bez potíží.
- **8. – 9. pooperační den** – dieta č. 1 – kašovitá, bílkovinné přísady, jídlo přijímá bez potíží, nezvracela, cítí se dobře.
- **10. pooperační den** – dieta č. 3 – racionální, bílkovinné přísady, strava pacientce nedělá obtíže, cítí se dobře a plná energie.

5.7 Pohybový režim a kondiční cvičení

Pohybový režim a kondiční cvičení bylo zajišťováno sestrami chirurgického oddělení, nikoliv fyzioterapeuty, protože byla velmi snaživá a pohyb zvládala dobře.

22.12. 2008 – 0. den operace

Pacientka není schopna se pohybovat, je unavená a vyčerpaná. Naordinován klid na lůžku. S hygienou pacientce dopomáhala sestra na lůžku

23.12. 2008 – 1. pooperační den

Pacientka pro bolesti a vyčerpanost není schopna jít do koupelny ani s pomocí. Hygiena provedena na lůžku s dopomocí sestry.

24.12. 2008 - 2. pooperační den

Pacientka s dopomocí vstala a provedla hygienu za asistence sestry. Snaží se být soběstačná. Dopomoc je ale ještě nutná.

25.12. 2008 – 3. pooperační den

Pacientka je soběstačná, zvládne hygienu i jiné úkony sama, postačil pouze dohled.

26.12. 2008 – 4. pooperační den

Pacientka v rámci svých pohybových schopností plně soběstačná v běžných denních činnostech. Nepotřebuje pomoc ani dohled.

6 PRŮBĚH HOSPITALIZACE

Pacientka byla přivezena svým manželem dne 22.12. 2008 pro křečovitě bolesti břicha na chirurgickou ambulanci. Zde lékař dle vyšetření a objektivního nálezu diagnostikoval podezření na Ileus – neprůchodnost střev. Dne 22.12. 2008 v 6:15 byla přijata na chirurgické lůžkové oddělení.

Pacientku jsem ošetřovala od 22.12. 2008 do 27.12. 2008. Před operací měla zavedenou nasogastrickou sondu, periferní žilní katetr a permanentní močový katetr. V 8:15 byla akutně převezena na operační sál, kde se potvrdila diagnóza – Ileus, střevní neprůchodnost. Před operací pacientku navštívil chirurg s anesteziologem a informovali ji o nutnosti operačního výkonu, možných komplikacích a rizicích vzniklých při operačním výkonu, dále i průběh pooperační léčby. Pacientka souhlasila a podepsala informovaný souhlas s operací a celkovou anestezií.

Po operaci byla přivezena na pokoj pooperační péče chirurgického oddělení, kde byla monitorována po dobu tří hodin. Z dutiny břišní měla vyveden břišní drén. Na celkovou anestezii reagovala dobře, byla probuzena, na výzvu vyhověla. Na pooperační stav se adaptovala velmi brzy a ani hospitalizace jí nečinila obtíže. 2. pooperační den byla odstraněna nasogastrická sonda, 4. pooperační den byl odstraněn břišní drén a permanentní močový katetr. Periferní žilní katetr byl ponechán do 2.1. 2008 z důvodu intravenózní aplikace antibiotik. Od 2. pooperačního dne došlo ke komplikovanému hojení rány, hojení probíhalo per secundam in situ. 5. pooperační den bylo z rány vypuštěno velké množství sanquinolentního hnisu, provedl se stěr z operační rány na K+C a byla nasazena antibiotika intravenózně. Dle výsledku K+C byla podaná ATB v souladu s nálezem.

Pacientka vstávala 2. pooperační den za pomoci sestry. Od 3. pooperačního dne byla soběstačná pouze s lehkou pomocí a dohledem sestry. Dále vše zvládala sama. Od 6. pooperačního dne mohla tekutiny per os a postupně se zatěžovala stravou, na kterou velmi dobře reagovala a dokonce dostala i chuť k jídlu.

Dimise byla 7.1. 2009, rány se hojily, stravu snášela dobře a byla soběstačná v běžných denních činnostech. Pro pacientku si přijel manžel a starší dcera. Kontrola u nás na chirurgické ambulanci byla naplánována na 12.1. 2009.

B OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

1 OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU

1.1 Před operací 22.12.2008

Objektivní hodnocení sestry

Pacientka byla přijata na chirurgické oddělení pro kolikovitě bolesti břicha s podezřením na ileus – neprůchodnost střevní. Při příjmu byla provedena potřebná vyšetření, jako je nativní snímek břicha, UZ břicha a laboratorní vyšetření, které potvrdili diagnózu. Pacientka byla tedy indikována k operačnímu výkonu z vitální indikace. O zdravotním stavu, komplikacích, následcích při neřešení tohoto onemocnění a operačním výkonu je plně informována a nutnost operačního výkonu chápe. Danou situaci dokáže zhodnotit jako naléhavou. Pacientka má projevy silných nesnesitelných bolestí, které jí nedovolují zaujmout jakoukoliv polohu, není schopna pohybu. Bolesti se nepodařilo analgetiky utlumit. Má projevy mírné dehydratace, zvrací, je kachektická, malnutriční a dle BMI – 16 trpí podvýživou. Před týdnem prodělala gynekologickou operaci, která zřejmě způsobila tyto potíže jako následek pooperačního stavu. Dle ordinace lékaře byl zajištěn žilní vstup na periferii pro aplikaci infúzní terapie, byla zavedena nasogastrická sonda a močový permanentní katetr.

Subjektivní hodnocení pacientky

Subjektivně je pacientka velmi unavená a vyčerpaná, bolesti udává jako nesnesitelné. Pacientka má strach, protože cítí, že její stav je velmi vážný a život ohrožující. Má důvěru v lékaře i zdravotnický personál a doufá, že vše dobře dopadne. Bolesti a neschopnost se hýbat cítí jako velmi obtěžující.

1.2 Po operaci 22.12.2008

Objektivní hodnocení sestry

Pacientka po operaci zaujímá polohu na zádech s mírně zdviženým podhlavníkem, leží klidně a pospává. Je monitorována na pokoji intenzivní péče, který je součástí chirurgického oddělení. Její zdravotní stav je stabilní. Operátorem je informována o průběhu celé operace a jejím dobrém výsledku, o příčině jejich potíží a léčbě, která bude následovat v rámci pooperačního stavu. Pacientka sdělení rozumí a s následnou léčbou souhlasí. První den po operaci ještě není schopna pohybu, proto jí s hygienou na lůžku pomáhá sestra. Od druhého dne se pacientka snaží hýbat a být soběstačná, potřebuje mírný

dohled a pomoc sestry. Další dny po operaci je již soběstačná.

Subjektivní hodnocení pacientky

Pacientka se ještě cítí unavená, ale díky úspěšnému tlumení bolestí, které jsou menší než před operací, může zaujmout pohodlnou polohu a spát. Bolesti udává pouze v souvislosti s operačním výkonem a operační ránou. První dny se ještě cítí slabá a vyžaduje pomoc sestry nejen při pohybu, ale i při hygieně. Intenzita bolesti se zmenšuje a cítí zlepšení zdravotního stavu. Velmi jí pomáhá i kontakt s rodinou, která jí je velkou oporou a dodává ji energii a chuť do života. Je velmi šťastná, že se podařilo její zdravotní problém dobře zvládnout a chce se brzy vrátit do běžného života.

1.3 Základní fyziologické funkce

1.3.1 Potřeba být bez bolesti

Před hospitalizací

Pacientka udávala, že před týdnem byla na gynekologické operaci a měla tedy bolesti s tím spojené. Před propuknutím onemocnění již ale bolesti nepocítovala. Jinak žádnými jinými bolestmi netrpěla.

Před operací

Pacientka má nesnesitelné bolesti břicha, které jdou život ohrožující a pacientka je vnímá velmi intenzivně. Analgetika nemají efekt, proto je nutný operační zákrok, který bude proveden z vitální indikace. Bolesti se projevují zejména častými změnami poloh, neklidem, strachem ze změny zdravotního stavu, který má akutní charakter. Součástí bolestí jsou bolestivé grimasy obličeje i jejich verbální prezentace. Pacientka je hodnotí jako nesnesitelné. Bolest lokalizuje na oblast pupku bez vyvolávacího faktoru, je kolikovitá s radiací do celého břicha a zejména třísel. Dle VAS udává stupeň 10. Vzhledem k silným bolestem pacientka odmítá pohyb. Objektivně ho ani není schopna.

Po operaci

Pacientka pociťuje bolesti v daleko menším rozsahu než před operací, projevy jsou zejména verbální s bolestivými grimasami. Důsledkem bolesti je pocit nepohodlí a nemožnost nalézt vhodnou polohu, která by vedla k úlevě. Bolesti úspěšně tlumíme pomocí analgetik i.v. a opiátů i.m. Bolesti jsou nejintenzivnější první dva dny. Díky tomu, že pacientka je velmi snaživá a odhodlaná bojovat, předpokládá se, že dokáže bolesti velmi brzy překonat. Pacientka se částečně pohybuje již 2. pooperační den za pomoci sestry a

plně soběstačná je již 4. pooperační den.

0. pooperační den

Bolest hodnotím před a po každé aplikaci analgetik, tj. 5x denně, je silná, pacientka ji snáší poměrně dobře. Bolest je lokalizována v oblasti operační rány, charakter bolesti – tupá, trvalá bez radiace. Účinnost analgetik posuzuji 15 minut po jejich aplikaci. Průměrně podle VAS škály je nejvyšší bolest označena stupněm 7, nejnižší stupněm 4. Spí celou noc bez obtíží.

1. pooperační den

Bolest hodnotím 4x denně (ráno, poledne, odpoledne a před spaním), vždy před a po aplikaci analgetik. Lokalita bolesti je stále jen v oblasti operační rány, charakter bolesti – tupá, trvalá bez radiace. Účinnost analgetik hodnotím 15 minut po aplikaci analgetik, bolesti se subjektivně i objektivně snižují. Přes den pacientka pociťuje bolest dle VAS jako stupeň 4 a po aplikaci analgetik jako stupeň 3. Pouze na noc se bolest zvyšuje dle VAS na stupeň 5, opět ale dochází k útlumu bolesti na stupeň 3. Pacientka spí bez obtíží celou noc.

2. pooperační den

Pacientka uvádí bolest již jako mírnou a snesitelnou. Hodnocení bolesti probíhá 3x denně (ráno, odpoledne a před spaním). Lokalita i charakter bolesti jsou stejné. Dle VAS je bolest ráno označena jako stupeň 3 a odpoledne jako stupeň 2. Před spaním opět dochází ke zvýšení bolesti na stupeň 4. Cítí se lépe, bolest ji již tolik neomezuje.

3. pooperační den

Bolest je hodnocena 2x denně (ráno a odpoledne), je spojená spíše s pohybem, který vykonává (lokalita bolesti – operační rána, charakter bolesti – tlaková bez radiace). Ráno je bolest ohodnocena dle VAS stupněm 2 a odpoledne stupněm 1. Pacientka je díky utlumeným bolestem v psychické pohodě, což se projevuje i na dobré náladě.

Dále jsou analgetika aplikována pouze jednou, a to v době, kdy je evakuován hnis z operační rány pro zánětlivou komplikaci, tedy 5. pooperační den. Dle pacientky není bolest tak výrazná, spíše má obavy z bolesti při převazu. Bolest nedokáže objektivně zhodnotit.

1.3.2 Potřeba hydratace

Před hospitalizací

Příjem tekutin byl před onemocněním snížený (pouze 1,5 litru za 24 hodin). Pacientka udávala, že neměla pocit žízně. Pila ovocný čaj a neperlivou vodu. Kávu ani

alkohol nezmínila. Snížený příjem tekutin jí nikdy nezpůsobil žádné potíže, močila bez obtíží.

Před operací

Pacientka má projevy mírné dehydratace způsobené zvracením, jazyk je ale vlhký, kožní turgor snížený, rty jsou oschlé a dochází k olupování kůže na rtech vlivem nedostatečného příjmu tekutin a zvýšených ztrát tekutin z organismu. Tekutiny přijímat nesmí vzhledem k náhlé příhodě břišní - ileu a zavedené nasogastrické sondě, která slouží k odčerpávání žaludečního obsahu a je připojena na sběrný výpustný sáček. NGS odvádí žaludeční obsah zelené barvy. Hydratace je zajištěna parenterálně pomocí infuzí. Může pouze zvlhčovat rty gázou a vyplachovat ústa studenou vodou jako prevence poškození sliznice dutiny ústní a rtů popraskáním s tvorbou krust. Dolní končetiny jsou bez otoků. Diuréza je snížená vlivem dehydratace způsobená zvracením a nepřijímáním tekutin per os, proto je zaveden permanentní močový katetr připojený na sběrný výpustný sáček, aby byla lepší kontrola množství diurézy a hustoty moče.

Po operaci

Pacientka nesmí nic per os z důvodu operačního výkonu na střevech - ileu, a zavedené nasogastrické sondy, která je i nadále připojena na sběrný výpustný sáček a je měřen její odpad. Mohlo by dojít k zkreslení množství odpadu, k nevolnosti a zvracení. Tekutiny jsou podávány výhradně parenterálně ve formě infuzí. Turgor je ještě snížený, diuréza se ale zvyšuje. Příjem a výdej tekutin je měřen ve 22:00, viz. 5.2 Péče o PMK. Pacientka je bez dušnosti a projevu otoků na dolních končetinách. Nadále se rty zvlhčují pouze gázou a provádějí se výplachy dutiny ústní studenou vodou. Rty jsou již díky zvlhčování gázou a dostatečné hydrataci infúzními roztoky vláčné bez olupování kůže a sliznice dutiny ústní je také bez poškození, prevence účinná. Hydratace je dostatečná, turgor kůže normální, diuréza normální. Od 6. pooperačního dne může tekutiny per os, je poučena o malých a častých dávkách tekutin za 24 hodin. Dle pacientky je chuť na tekutiny daleko větší než před onemocněním.

1.3.3 Potřeba výživy

Před hospitalizací

Hmotnost pacientky ještě před onemocněním poklesla o 10 kg za 6 měsíců. Pacientka tento pokles zdůvodnila stresem z předchozího gynekologického onemocnění, které vyústilo v operační řešení. Trpěla zvýšeným krvácením z pochvy nejasné etiologie.

Dle pacientky to byla také možná příčina snížené chuti k jídlu. Dietu nikdy nedržela a problémy s nadváhou také nikdy neměla. Jedla pravidelně dle zásad správné životosprávy. Hodně jedla jogurty s vlákninou a celozrnné pečivo. Dává přednost české kuchyni a tradičním českým pokrmům.

Před operací

Pacientka nesmí nic per os. Výživa je zajištěna parenterální cestou do PŽK na horní končetině. Vzhledem k úpornému zvracení z důvodu ileu je zavedena NGS k odčerpávání žaludečního obsahu a je připojena na sběrný výpustný sáček. Rty jsou suché s olupováním kůže, dutina ústní se zatím jeví bez projevů poškození sliznice vlivem zvracení, zuby vlastní – sanovány, jazyk povleklý, vlhký. Pacientka má projevy malnutrice, dle BMI – 16 – kachexie, viz. příloha č. 5 - Základní nutriční screening. Nyní nemá chuť na jídlo.

Po operaci

Pacientka vzhledem k operaci na trávicím traktu a zavedené nasogastrické sondě nesmí nic per os. NGS slouží k odčerpávání žaludečního obsahu a je připojena na sběrný výpustný sáček, dále viz. 5.2 Péče o NGS. Výživa je zajištěna parenterální cestou do PŽK na horní končetině, viz. 5.2 Péče o PŽK. Pacientka pečuje zvýšeně o dutinu ústní a rty společně se sestrou. Rty i dutina ústní jsou dostatečně zvlhčovány a hydratace je dostatečná. Turgor kůže je normální. Do 5. pooperačního dne převládá výživa parenterální. Tekutiny přijímá od 6. pooperačního dne, potravu od 7. pooperačního dne. Postupně je trávicí trakt zatěžován stravou od tekuté diety po klasickou racionální stravu. Na jídlo reaguje dobře, bez obtíží, dále viz. 5.5 Dietoterapie.

1.3.4 Potřeba dýchání

Před hospitalizací

Pacientka nikdy nekouřila, netrpěla alergií s astmatickými projevy. Udávala pouze občasné nachlazení s rýmou a kašlem. Vážnější onemocnění dýchacích cest nikdy neměla.

Před operací

Pacientka dýchá bez obtíží, pravidelně – frekvence je 16 dechů / minutu, nemá rýmu ani kašel.

Po operaci

Pacientka dýchá spontánně, volně bez známek poškození hrtanu po intubaci,

reflexy výbavné. Mírně pociťuje suchost v ústech. Je schopna sama odkašlávat. Frekvence dechu je 16 dechů / minutu.

1.3.5 Potřeba vyprazdňování moče

Před hospitalizací

Pacientka s močením problémy neměla. Močové infekce neudávala.

Před operací

Pacientka má zavedený permanentní močový katetr z důvodu snížené diurézy a přesnější kontroly množství vyloučené moče. Vylučuje malé množství zahuštěné moče. Pacientka edukována a chápe důvod zavedení PMK. Zavedený PMK jí nevadí a nemá nepříjemné pocity po jeho zavedení.

Po operaci

Pacientka má stále zavedený permanentní močový katetr, z důvodu lepšího sledování příjmu a výdeje tekutin, dále viz. 5.2 Péče o PMK. Diuréza je zvýšena, moč čirá, hustota moče normální, bilance tekutin téměř vyrovnaná. Pacientka netrpí dehydratací. PMK byl odstraněn 4. pooperační den, pacientka nepociťuje pálení ani řezání při močení, nemá problémy s udržením moče. Močí spontánně hodinu po jeho odstranění.

1.3.6 Potřeba vyprazdňování stolice

Před hospitalizací

Občas trpěla zácpou, pravděpodobným důvodem bylo snížené množství tekutin. Zácpu řešila mléčnými výrobky a zvýšeným obsahem vlákniny v potravě v podobě cereálií. Stolice byla pravidelná, jednou za dva dny.

Před operací

Pacientka nepociťuje potřebu stolice 5 dní, nepomáhají jí ani mléčné výrobky ani cereálie. Trpí silnými bolestmi břicha, pro které je také přijata na chirurgické oddělení. Vyprazdňování střev před operací není plánováno vzhledem k vážnosti stavu pacientky i operačního zákroku z vitální indikace.

Po operaci

Pacientka na podporu střevní peristaltiky dostává léky i.v a i.m. Již od 2. pooperačního dne pacientka udává odchod plynů a cítí značnou úlevu, z čehož vypývá, že dochází k obnovení peristaltiky. Pacientka je poučena o nutnosti pohybu, který také přispívá k obnovení peristaltiky a tato doporučení pacientka poctivě plní. Pacientka zvládá

pohyb nejprve za asistence sestry, později pak bez pomoci. Díky pohybu, lékům a dostatečné hydrataci má pacientka stolici 2. pooperační den, normální barvy a konzistence. Na WC chodí s pomocí sestry.

1.3.7 Potřeba spánku a odpočinku

Před hospitalizací

Pacientka neměla nikdy problémy se spánkem nebo usínáním. Byla zvyklá se vždy před spaním osprchovat, jiný rituál neprováděla. Denně spala tak 6 hodin a k odpočinku jí to stačilo. Necítila se nikdy unavená nebo dokonce nevyspalá.

Před operací

Pacientka je velmi unavená a vyčerpaná, pokud ji to bolest dovolí pospává, většinu času ale neustále mění polohy a není schopna kvůli bolestem odpočívat.

Po operaci

Pacientka po operaci pospává. Díky úspěšnému tišení bolesti a vhodné poloze, pacientka nemá problémy se spánkem. Pouze poslední dny vyžaduje hypnotika. Dle pacientky je to způsobené stálým odpočinkem.

1.3.8 Potřeba tepla a pohodlí

Před hospitalizací

Pacientka netrpěla bolestmi, kromě období předchozí gynekologické operace, kdy byly bolesti spojené s operační ránou. Doma měla postel s ortopedickou matrací z důvodu lepšího pohodlí (manžel trpí bolestmi zad). Spávala na pravé straně postele u okna.

Před operací

Pacientka pro silné bolesti nemá pocit pohodlí. Neustále mění polohy za bolestivých grimas. Pro nesnesitelné bolesti nemůže najít úlevovou polohu a neustále nařiká. Pro pocit chladu má pacientka na sobě dvě deky, leží na samostatném pokoji intenzivní péče z důvodu vážného ohrožení zdraví a potřeby soukromí jak pro pacientku, tak i pro zdravotnický personál při ošetrovatelských výkonech. Postel je přístupná ze všech stran z důvodu lepšího přístupu k pacientce.

Po operaci

Pacientka zaujímá polohu na zádech, má mírně zdvižený podhlavník. V této poloze se cítí nejlépe. Leží v klidu na pokoji intenzivní péče – pooperačním pokoji, je připojena na monitor a pospává. Nyní je bez bolesti. Po třech hodinách je převezena zpět

na standartní oddělení. S nástupem bolestí se zvyšuje pocit nepohodlí a pacientka se opět snaží najít vhodnou polohu, která by jí ulevila od bolesti. Díky utlumení bolesti se pocit pohodlí zvyšuje a leží klidně v poloze na zádech - mírná Fowlerova poloha. Chlad již po operaci nepocítuje, je přikryta jednou dekou.

1.3.9 Potřeba hygieny a stavu kůže

Před hospitalizací

Byla znát péče pacientky o svůj zevnějšek - pravidelné návštěvy kadeřníka i kosmetičky (kvalitní přípravky na tělo a obličej).

Před operací

Pacientka je upravená, i když vzhledem k bolestem bledá. Šaty jsou čisté a pěkné. Nyní není schopna provést hygienu sama, pomoc pro velké bolesti odmítá. Stav kůže je normální, bez vyrážky a opruzenin, turgor snížený z důvodu dehydratace. Na břiše jsou jizvy po četných operacích, viz. 3.1 Lékařská anamnéza. Na břiše v oblasti od pupku dolů je čerstvě zhojená operační rána po gynekologické operaci, kterou pacientka prodělala před týdnem. Jizva je růžová bez projevu komplikací. Hodnocení rizika vzniku dekubitů – viz. příloha č. 8.

Po operaci

Pacientka má doporučený klid na lůžku, hygiena provedena na lůžku za pomoci sestry 0. a 1. pooperační den. Od 2. pooperačního dne pacientka přejde do koupelny a za pomoci sestry je schopna provést hygienu. Další dny o sebe pečuje sama pouze za občasného dohledu. Od 4. pooperačního dne je soběstačná a hygienu provádí sama bez pomoci sestry. V dolní části břicha, od pupku dolů, je operační rána, délka je 10 cm. V oblasti pravého mesogastria je vyveden spádový břišní drén. Okolí drénu i operační rány je klidné bez projevu komplikací. Od 2. pooperačního dne se operační rána vlivem opakované operace ve stejné oblasti začíná měnit, dochází k zarudnutí a hmatné rezistenci v oblasti 5-6 stehu. Zvyšuje se sekrece operační rány a musí být odstraněny dva stehy, aby mohl být hnis v operační ráně evakuován. Hojení probíhá per secundam in situ. Do vzniklého vstupu po odstranění 5-6 stehu se zavádí rukavicový drén, který odvádí nahromaděný hnis v operační ráně. Ke konci hospitalizace, vlivem nasazených ATB a častých převazů za aseptických podmínek se operační rána čistí a dochází k hojení. Okolí drénu i periferního žilního katetru je bez známek zánětu. Celkový stav kůže je dobrý, turgor v pořádku. Nejsou zde znatelné projevy alergické reakce na dezinfekční prostředky

či náplast.

1.3.10 Potřeba aktivity

Před hospitalizací

Pacientka byla zvyklá volný čas trávit jízdou na kole se svým manželem a procházkami v přírodě, žila aktivním životem. Velmi ráda trávila čas i s přáteli, byla plně soběstačná.

Před operací

Pacientka kvůli bolestem není schopna chůze ani jiného pohybu, vše ji způsobuje velmi nesnesitelnou bolest. I přes bolesti komunikuje. Má strach z operace, ale těší se, až bude bez bolesti. Po celou dobu spíše pospává. Soběstačnost vzhledem k bolestem nemůže být objektivně hodnocena.

Po operaci

Pacientka má doporučen klid na lůžku. 0. a 1. pooperační den pouze leží a pospává. Hygiena je zajišťována sestrou. Od 2. pooperačního dne se pohybuje po pokoji a začíná být částečně soběstačná zejména v rámci lůžka, plně soběstačná je bez pomoci 4. pooperační den. Při zlepšení stavu tráví čas čtením knih a časopisů. Komunikuje se spolupacienty i zdravotnickým personálem. Je velmi komunikativní.

Barthelův test základních všedních činností ADL je proveden po operaci 0. operační den. Pacientka je vysoce závislá, nemá dostatek sil, aby se o sebe postarala (bodové skóre 25 – vysoce závislá). Příloha č. 6 – Barthelův test soběstačnosti. Další test je proveden 2. pooperační den, dle bodového skóre 65 – lehká závislost.

1.3.11 Sexuální potřeby

Před hospitalizací

Pacientka byla před týdnem na gynekologické operaci pro nevysvětlitelné krvácení z pochvy – polymenorea. Jiné gynekologické potíže neměla, na záněty v oblasti rodidel netrpěla (dvakrát spontánní porod).

Před a po operaci

Pacientka má dvě dcery a již 25 let žije s manželem v harmonickém manželství. Menstruaci má pravidelnou, dysmenorheu neudává. Nyní je po menstruaci.

1.4 Psychosociální potřeby

1.4.1 Potřeby existenční

1.4.1.1 Potřeba zdraví

Před operací

Pacientka před týdnem prodělala gynekologickou operaci, která byla provedena z důvodu nejasného krvácení z pochvy – tedy pro polymenoreu. Vždy dbala na správnou životosprávu, ráda jezdila na kole a chodila na procházky v přírodě se svým manželem.

Po zákroku trpěla nesnesitelnými, život ohrožujícími bolestmi břicha, bylo nevyhnutelné chirurgické řešení. V celkové anamnéze byl patrný značný úbytek hmotnosti za poslední půlrok. Důvodem, dle pacientky, byl stres z předchozího onemocnění, a tím i snížená chuť k jídlu. Dietu pacientka nikdy nedržela, udržovala se v kondici jízdou na kole a procházkami. Cítila, že má silně ohrožené zdraví a byla ochotna podstoupit operaci, která by jí mohla navrátit svou ztracenou životní rovnováhu. Cítila se unavená a vyčerpaná.

Po operaci

Pacientka je po operaci ještě hodně zesláblá, čerpá síly zejména spánkem a odpočinkem. Postupně s podporou rodiny se vrací k oblíbeným činnostem, jako je četba oblíbených knih. Její stav se zlepšuje, vrací se i chuť k jídlu. Cítí se daleko lépe, což se projevuje soběstačností v běžných denních činnostech.

1.4.1.2 Potřeba bezpečí a jistoty

Před operací

Pacientka byla o všem plně informována lékařem již na chirurgické ambulanci, dále operátorem, anesteziologem a sestrami na chirurgickém oddělení. Pacientku jsme informovali o všech činnostech, které jsme prováděli a vysvětlili jsme jí, jak bude probíhat pooperační péče. S informacemi byla spokojená a dle verbálního sdělení byly dostačující. Z rozhovoru s pacientkou byl znatelný strach z operace projevující se nervozitou. Přijímá ale fakt, že jiné řešení není možné. S překonáním strachu jí pomáhal zejména manžel, který byl po celou dobu přítomen. Její sociální situaci jsme hodnotili jako velmi dobrou.

Po operaci

Lékař pacientku seznamuje s výsledkem operace, která se podařila, což vede k jejímu zklidnění. Ví, že pokud bude mít nějaký problém, může se obrátit na zdravotnický personál našeho oddělení bez obav. Přítomnost manžela i obou dcer, kteří pacientku

navštěvují každý den velmi přispívá ke zvýšení pocitu bezpečí a jistoty. Během hospitalizace jí jsou velkou oporou. V zaměstnání se na ni také velmi těší a přejí jí brzké uzdravení. Pacientka je ekonomicky i finančně zajištěna.

1.4.1.3 Potřeba soběstačnosti

Před operací

Pro velké bolesti nebyla pacientka schopna pohybu, hygienu odmítala s pomocí sestry. Nechtěla, aby se s ní hýbalo. V domácím prostředí byla plně soběstačná. Brzy po příjmu na oddělení byla převezena na operační sál.

Po operaci

0. a 1. pooperační den je pacientka zcela závislá na pomoci druhých, při hygieně a sebepečí potřebuje plnou pomoc sestry. 2. pooperační den vstává a s dopomocí sestry provádí hygienu, další dny je stále více soběstačná pouze s dohledem sestry. Od 4. pooperačního dne je již pacientka plně soběstačná v běžných denních činnostech jako je hygiena a sebeobsluha. Pacientka je velmi snaživá a trpělivá. S optimistickým postojem k léčbě jí velmi pomáhá i rodina. Barthelův test soběstačnosti je proveden až po operaci, 0. pooperační den. Skóre dosažených 25 bodů vypovídá o tom, že je pacientka zcela závislá. Hygiena a vše potřebné k ošetrovatelské péči se koná na lůžku pacientky. K návratu k částečné soběstačnosti dochází až 2. pooperační den - opět je proveden Barthelův test, ve kterém dosahuje 65 bodů - lehké závislosti. Vzhledem k tomu, že je pacientka velmi snaživá a šikovná, je soběstačná již 3. pooperační den. Barthelův test soběstačnosti viz. příloha č. 6.

1.4.1.4 Potřeba ekonomické a sociální jistoty

Před operací

Pacientka pracuje jako administrativní pracovnice a žije s manželem a dvěma dcerami v rodinném domě již 25 let ve spokojeném manželství. Dle pacientky je jejich příjem vždy dostatečný.

Po operaci

Pacientka ani rodina peníze neřeší, říkají, že to není to nejdůležitější a naopak se těší, až budou všichni zase pohromadě. Všichni jsou navzájem pro sebe velmi důležití a jsou si velkou oporou. Ekonomická stránka je, dle rodiny, v pořádku.

1.4.1.5 Potřeba informací

Před operací

Pacientka je dostatečně informována operátérem o operačním výkonu, jeho akutnosti a možných komplikacích, anesteziologem a sestrami o ošetrovatelských činnostech. Pacientka s výkonem souhlasí, všemu rozumí. Jsou poskytnuty i informace o návštěvních hodinách a chodu oddělení, součástí těchto sdělení je samozřejmě i edukace rodiny.

Po operaci

Pacientka je plně informována operátérem o průběhu operace a s dalšími léčebnými postupy. S podáním informací je spokojena, spolupracuje, je velmi komunikativní. Všechny informace jsou podány srozumitelně a pacientka jim rozumí. V rámci edukace je taktéž informována i rodina, což se pozitivně odráží na vzájemné spolupráci.

1.4.1.6 Potřeba klidu a míru

Před operací

Pacientka vzhledem ke svému akutnímu stavu tuto potřebu ani nevnímá, chce hlavně spát a odpočívat, což je díky bolestem nemožné.

Po operaci

Pacientka se velmi rychle adaptuje na nemocniční prostředí a díky utlumeným bolestem je neustále v dobré náladě. Je velmi společenská, komunikace s ostatními jí nečiní žádné potíže. Ráda hovoří o přírodě a svých oblíbených knihách, nevynechá ani historky z rodinného života.

1.4.2 Potřeby vztahové – afiliační

1.4.2.1 Potřeba komunikace

Před operací

Pacientka nemá problémy s navázáním kontaktu, ten je ale značně omezen díky nesnesitelným bolestem. Chce hlavně odpočívat, přesto je v rámci možností komunikativní.

Po operaci

Během hospitalizace spolu navazujeme velmi dobrý vztah, založený na vzájemné důvěře a pochopení. Pacientka komunikuje verbálně i neverbálně, hovoří o problému velmi

otevřeně. Během našich rozhovorů se snažím dávat pacientce prostor k vyjádření svých pocitů, což jí pomáhá překonat odloučení od rodiny a blízkých. Je otevřená, přátelská, citově a psychicky vyrovnaná. V dobré náladě ji udržují nejenom návštěvy rodiny, ale také výrazné zlepšení zdravotního stavu. Nepodceňujeme ani komunikaci s rodinou, která je velmi vstřícná a chápavá. S rodinou i pacientkou je velmi dobrá spolupráce.

1.4.2.2 Potřeba lásky, sounáležitosti a důvěry

Před operací

Již od příjmu na oddělení je jasné, že pacientka má velmi dobré rodinné zázemí. Domov je pro ni vším. S rodinou a přáteli má velmi blízký vztah. Díky svému postoji k onemocnění a důvěře k nám nemá problém danou situaci zvládnout, i když ji bolesti velmi svazují. Důvěru nám prokazuje ukázkovou spoluprací při nepříjemných výkonech jako je zavádění nasogastrické sondy.

Po operaci

Pacientku pravidelně a často navštěvuje manžel i její dvě dcery. Všichni spolu mají viditelně velmi dobrý vztah. Po návštěvě pacientka vždy jen září. Velmi se těší, až bude moci trávit se svými blízkými více času, a proto je její snaha o rychlé navrácení do běžného života mnohem snažší. Pacientka sleduje, jak se její zdravotní stav lepší, čímž roste její důvěra v naší péči. S hospitalizací nemá problémy a cítí se mezi námi dobře.

1.4.2.3 Potřeba sebeúcty a seberealizace

Před operací

Pacientka netrpí depresemi ani pocity méněcennosti. Má zdravé sebevědomí. Pacientka je i přes bolesti optimisticky naladěna, je odhodlána bojovat a uzdravit se. Neumí se vzdávat, vždy se snaží překážky překonat. V osobním i pracovním životě je velmi spokojená. Říká, že má vše co si v životě přála, zdravé děti, hodného manžela a dobrou práci, která ji baví.

Pacientka má díky předchozí operaci snížené možnosti seberealizace a to nejenom v zaměstnání, ale i v osobním životě. Nyní je v pracovní neschopnosti.

Po operaci

Pacientka pečlivě dodržuje všechna léčebná nařízení, je velmi spokojena s chováním zdravotnického personálu. Nemá pocit narušené intimity. Díky své odhodlanosti bojovat dělá velké pokroky v sebeobsluze, nejeví známky frustrace. Veškeré potřeby jsou saturovány. Pacientka je stále dobře naladěna a má optimistický přístup

k životu i léčebnému režimu. Snaží se o rychlý návrat do běžného života a věří, že se brzy vrátí i do pracovního procesu mezi své kolegy a přátele. Její postoj k životu se během hospitalizace nijak nemění.

Vzhledem k úspěšné operaci a dobře snášenému léčebnému režimu cítí, že se brzy vrátí do běžného života. Ví, že to bude ještě chvíli trvat, ale neztrácí optimismus ani trpělivost. Nyní je jejím životním cílem uzdravení a podle verbální prezentace jejích pocitů je rozhodnutá udělat cokoliv. Neztrácí ale realistický pohled na danou situaci. Naplňují ji zejména návštěvy rodiny a čtení knih.

1.4.2.4 Potřeba duchovní

Pacientka nevyznává žádné náboženství, věřící lidé jí nevadí. Věří zejména sama v sebe a své blízké. Upřednostňuje hlavně zdraví, klid v rodině a osobním životě.

2 OŠETŘOVATELSKÉ PROBLÉMY – DIAGNÓZY

Před operací – 22. 12. 2008, 6:15 – 8:15

- 1) Porucha bezpečí a jistoty pro náhlou příhodu břišní, ileus – střevní neprůchodnost, a ze změněného zdravotního stavu, projevující se pocitem strachu a ohrožení z operačního výkonu z vitální indikace a neklidným chováním.
- 2) Akutní - život ohrožující bolest z důvodu ileu – střevní neprůchodnosti, projevující se bolestivými grimasami, častými změnami poloh, pocity nepohodlí, pocity zimy a nemožností pohybu.
- 3) Porucha hydratace z důvodu zvracení, projevující se sníženým kožním turgorem, oschlými rty a únavou.
- 4) Porucha vyprazdňování stolice z důvodu náhlé příhody břišní, ileu – střevní neprůchodnosti, projevující se zácpou a zástavou odchodu plynů.
- 5) Změna výživy z důvodu zavedení NGS – nasogastrické sondy, k odčerpávání žaludečního obsahu s připojením na sběrný výpustný sáček.
- 6) Porucha kožní integrity z důvodu zavedení periferního žilního katetru do levé horní končetiny, k zajištění perenterální výživy, která prozatím nahrazuje příjem tekutin a potravy per os, s riziky komplikací jako je infekce a paravenózní aplikace léků.
- 7) Změna vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katetru k zajištění lepší kontroly diurézy.
- 8) Únava z důvodu akutního život ohrožujícího a vyčerpávajícího onemocnění, projevující se zvýšenou potřebou odpočinku, spánku a sníženou výkonností.

Po operaci – 22.12.2008, od 10:15

- 1) Akutní bolest z důvodu operační rány, projevující se bolestivými grimasami, neklidem po operaci, nemožností usnout a navodit tak kvalitní spánek, častými změnami poloh a nemožností nalézt vhodnou polohu, která by ulevila od bolesti.
- 2) Porucha kožní integrity z důvodu operační rány v dolním segmentu břicha, zavedeného spádového břišního drénu do oblasti pravého mesogastria a zavedeného periferního žilního katetru do levé horní končetiny, s riziky komplikací jako je infekce v ráně nebo v okolí invazivních vstupů.
- 3) Změna výživy z důvodu parenterálního podávání výživy a zavedení NGS – nasogastrické sondy k odčerpávání žaludečního obsahu s připojením na sběrný

výpustný sáček, s riziky komplikací jako je zvýšená ztráta tekutin, dekubitus sliznice v oblasti zavedené NGS a následná porucha pasáže žaludku při jejím dlouhodobém zavedení.

- 4) Porucha vyprazdňování stolice z důvodu náhlé příhody břišní, ileu – střevní neprůchodnosti, projevující se zácpou a zástavou odchodu plynů.
- 5) Omezená pohyblivost z důvodu operačního výkonu a bolestivosti v oblasti operační rány, projevující se únavou, sníženou soběstačností a sebepéčí při běžných denních činnostech, zejména při hygieně a sebeobsluze.
- 6) Změna vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katetru ke kvalitnější kontrole diurézy a příjmu a výdeje tekutin, s riziky komplikací jako je infekce nebo neschopnost udržet moč.
- 7) Riziko dalšího poškození zdraví pro opakované operační výkony a nízký BMI, projevující se zhoršeným hojením operační rány – per secundam a možným vznikem frustrací z opakovaných hospitalizací a operačního výkonu.
- 8) Porucha výživy z důvodu předchozího gynekologického onemocnění, projevující snížením chuti k jídlu, snížením hmotnosti o 10 kg za půl roku a sníženým BMI a kachexií.
- 9) Riziko vzniku TEN – trombembolické nemoci, z důvodu snížené hybnosti, opakovaných operačních výkonů v celkové anestezii, projevující se embolizací do plic, dušností a zhoršením zdravotního stavu, který může pacientku ohrozit na životě.

3 OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE, PLÁNY, REALIZACE A HODNOCENÍ

Před operací – 22.12. 2008, 6:15 – 8:15

- 1) Porucha bezpečí a jistoty pro náhlou příhodu břišní, ileus – střevní neprůchodnost, a ze změněného zdravotního stavu, projevující se pocitem strachu a ohrožení z operačního výkonu z vitální indikace a neklidným chováním.**

Cíle:

- Pacientka v rámci edukace chápe vážnost svého onemocnění a je vyrovnaná s operačním zákrokem a spolupracuje.
- Pacientka se cítí v bezpečí a věří, že se uzdraví.
- Pacientka dokáže identifikovat svůj strach a otevřeně o něm hovořit.
- Pacientka a její rodina mají dostatek informací o operačním výkonu a chápou nutnost operačního řešení.

Plán:

- Zjistit jaký je stupeň strachu.
- Pomoc pacientce při překonání strachu a zvolit vhodnou relaxaci, pokud to pacientka v rámci možností zvládne.
- Edukovat pacientku o vážnosti onemocnění a nutnosti operačního výkonu.
- Být pacientce nablízku a saturovat její emoční potřeby.
- Edukovat rodinu i pacientku o průběhu následného ošetřování.

Realizace:

- U pacientky jsem zjistila střední stupeň strachu, který je spojený zejména s operačním výkonem.
- Pacientku jsem informovala o operačním výkonu, který ji zbaví zejména nesnesitelných bolestí a vyřeší její vážný zdravotní stav. Komunikovala jsem také

s přítomnou rodinou, informovala jsem rodinu i pacientku o tom, kde bude po operaci, jak dlouho tam bude a jaká budou pooperační opatření.

- Pacientku jsem informovala o signalizačním zařízení a jejím použití, samozřejmě jsem se neustále pohybovala poblíž pacientky, aby nedošlo k prohloubení strachu a většímu neklidu. Stále jsem s ní komunikovala a podněcovala jsem ji k rozhovoru, pokud toho byla schopná, abych alespoň minimálně odvrátila její pozornost od pocitu nejistoty.

Hodnocení:

- Pacientka komunikovala a bylo vidět, že je za to ráda. Snížily se její obavy z operačního zákroku. Pacientka cítila, že je v bezpečí a dávala to najevo svou vstřícností při komunikaci. Sama hovořila o svém strachu a dokázala ho identifikovat. Pochopila vážnost svého onemocnění a také důvod operačního řešení.
- K relaxaci bohužel nedošlo vzhledem k přetrvávajícím nesnesitelným bolestem.

2) Akutní život ohrožující bolest z důvodu ileu – střevní neprůchodnosti projevující se bolestivými grimasami, častými změnami poloh, pocity nepohodlí, pocity zimy a nemožností pohybu.

Cíle:

- Pacientka zaujímá polohu, která jí částečně ulevuje od bolesti, cítí se pohodlně.
- Pacientka udává snížení bolesti o 1 stupeň dle VAS.
- Pacientka i rodina jsou edukováni a chápou nutnost operačního výkonu, který odstraní život ohrožující bolest.
- Pacientka umí charakterizovat a lokalizovat bolest.
- Pacientka má stabilní hodnoty fyziologických funkcí.

Plán:

- Edukovat pacientku i rodinu o příčině bolesti a nutnosti operačního zákroku
- Pomoci pacientce zvolit a najít vhodnou polohu, která ji částečně uleví od bolesti.

- Monitorovat a evidovat bolest ve všech aspektech a intenzitu evidovat dle VAS.
- Monitorovat fyziologické funkce.
- Pravidelně upravovat lůžko a zajišťovat pohodlí pacientky.
- Zajistit klid a odpočinek.
- Zjistit charakter a lokalizaci bolesti.

Realizace:

- Pacientce jsem doporučila polohu na boku a pomohla jsem jí zvolenou polohu realizovat. Kontrolovala jsem úpravu lůžka a uložila jsem pacientku na samostatný pokoj, kde měla dostatek klidu. Hodnocení bolesti jsem prováděla pomocí škály VAS. Vzhledem k indikaci k operačnímu řešení jsem aplikovala analgetika a hodnotila jsem jejich účinek.
- Fyziologické funkce jsem měřila pravidelně po 30 minutách, viz. 4.1, tabulka č.1.
- Informovala jsem pacientku i rodinu o důvodu jejich bolesti, o nemocnění, které ji nyní sužuje a jeho řešení.
- S pacientkou jsem lokalizovala a charakterizovala bolest, která pro ni byla nesnesitelná.

Hodnocení:

- Poloha na boku ani aplikace analgetik nesnížili nesnesitelné bolesti, které pacientka pociťovala a také proto pacientka pochopila nutnost operace. Pacientka lokalizovala a charakterizovala bolest a zhodnotila její intenzitu. Hodnocení bolesti jsem provedla před a po aplikaci analgetik.

3) Porucha hydratace z důvodu zvracení projevující se sníženým kožním turgorem, oschlými rty a únavou.

Cíl:

- Pacientka nezvrací a příjem tekutin je dostatečný.
- Pacientka nemá oschlé rty a pečuje o ně dle doporučení a spolupracuje.
- Pacientka i rodina jsou edukováni o nutnost zvýšeného příjmu tekutin paravenózně a o nutnosti nepřijímání tekutin a stravy per os, pacientka opatřením rozumí.

Plán:

- Edukovat pacientku o významu tekutin a zajistit dostatečný příjem tekutin paravenózně.
- Edukovat pacientku i rodinu o nutnosti nepřijímání tekutin a stravy per os.
- Kontrolovat stav hydratace a kožního turgoru a bilance tekutin.
- Poučit pacientku o péči a možnostech zvlhčování rtů a dutiny ústní.
- Poučit pacientku o významu parenterální výživy a možných komplikacích a získat její spolupráci.

Realizace:

- Pacientku jsem informovala o nepřijímání tekutin a stravy per os a příjmu tekutin výhradně parenterální cestou. Poučila jsem pacientku, že může pouze zvlhčovat rty gázou nebo eventuálně vyplachovat ústa studenou vodou, potřebné pomůcky jsem pacientce dala na dosah ruky. Po hodině aplikace tekutin jsem zkontrolovala turgor kůže a hydrataci v oblasti dutiny ústní. Pacientku jsem poučila o možných komplikacích a vedlejších účincích při parenterálním příjmu výživy.

Hodnocení:

- Pacientka za asistence sestry zvlhčovala ústa gázou a vyplachovala ústa studenou vodou. Příklad příjem tekutin byl přiměřený vzhledem k akutnosti operačního výkonu, hydratace byla dostatečně zajištěna bez projevu oschlých rtů či sliznice. Turgor kůže byl bohužel ještě snížený, vzhledem ke krátkému časovému úseku před operací. Operace byla 2 hodiny po příjmu na oddělení.

4) Porucha vyprazdňování stolice z důvodu náhlé příhody břišní, ileu – střevní neprůchodnosti projevující se zácpou a zástavou odchodu plynů s operačním řešením problému.

Cíl:

- Pacientka i rodina jsou edukováni a chápou veškerá opatření k zajištění průchodnosti střev a akutního operačního řešení.
- Pacientka zná důvod poruchy vyprazdňování stolice.

Plán:

- Edukovat pacientku i rodinu o nutnosti operačního řešení střevní neprůchodnosti.

- Vysvětlit pacientce důvod poruchy vyprazdňování stolice a získat její spolupráci.
- Pacientka umí charakterizovat příčinu svých potíží.

Realizace:

- Pacientku i rodinu jsem informovala o operačním řešení střevní neprůchodnosti a vážnosti stavu v případě nepodstoupení operace.
- S pacientkou jsem hovořila o příčině potíží.

Hodnocení:

- Pacientka s operačním výkonem souhlasila a dokázala hovořit o potížích a charakterizovat příčinu.
- Informace pro pacientku i rodinu byly dostačující.
- Další cíle, plány a realizace nebyli možné vzhledem ke krátkému časovému úseku a příčině střevní neprůchodnosti, která musela být řešena operačním zákrokem. Proto tato diagnóza bude řešena až po operaci a obnovení peristaltiky.

5) Změna výživy z důvodu zavedení NGS – nasogastrické sondy k odčerpávání žaludečního obsahu s připojením na sběrný výpustný sáček.

Cíl:

- Pacientka i rodina jsou edukováni a chápou význam a nutnost zavedení NGS, pacientka spolupracuje.
- Pacientka má dostatek informací o péči o NGS.
- NGS je funkční a odvádí žaludeční obsah dostatečně.
- Pacientka je vyživována parenterálně, i.v. cestou je PŽK.

Plán:

- Edukace pacientky a rodiny o nutnosti a významu NGS.
- Poučit pacientku o péči o NGS pokud to bude možné.
- Kontrolovat průchodnost NGS a charakter a množství žaludečního obsahu a zajišťovat výživu parenterálně.
- Zajistit zvlhčování rtů a dutiny ústní.

Realizace:

- Pacientku i rodinu jsem informovala o nutnosti a významu zavedené nasogastrické sondy, poučila jsem pacientku o možnosti vyplachování úst studenou vodou a prospěchu těchto výplachů.
- Při kontrole pacientky jsem kontrolovala i funkci NGS a charakter a množství odpadu.

Hodnocení:

- Informace byly pro pacientku i rodinu dostačující a pacientka spolupracovala při jejím zavedení, sledování množství a charakteru obsahu.
- Pacientka se podílela společně sestrou na vyplachování dutiny ústní a péči o rty.
- NGS byla funkční a odváděla žaludeční obsah zelené barvy.

6) Porucha kožní integrity z důvodu zavedení periferního žilního katetru do levé horní končetiny, k zajištění perenterální výživy, která prozatím nahrazuje příjem tekutin a potravy per os, s riziky komplikací jako je infekce a paravenózní aplikace léků.

Cíl:

- Pacientka i rodina jsou edukováni a chápou nutnost a význam zavedení periferního žilního katetru.
- Pacientka spolupracuje při kontrole a aplikaci léčiv do PŽK.
- Okolí katetru nejeví známky infekce ani paravenózního podání léků.

Plán:

- Edukace pacientky a rodiny o nutnosti a významu zavedení PŽK.
- Pacientku podněcovat ke spolupráci a pobízet ji k podávání informací ohledně problematiky zavedeného PŽK.
- Kontrolovat okolí a průchodnosti katetru.

Realizace:

- Pacientku jsem informovala o významu a nutnosti aplikace PŽK a nutnosti infúzní terapie a aplikace léků i.v z důvodu diety nic per os. Kontrolovala jsem pravidelně okolí a místo vpichu, které bylo kryto transparentní fólií. Pacientku jsem pobízela

k podávání informací , zda ji to během aplikace do žíly nepálí nebo neštípe. O katetr jsem pečovala za aseptických podmínek a vstup jsem udržovala v čistotě.

Hodnocení:

- Pacientka během aplikace nepociťovala pálení v oblasti zavedení a katetr byl průchodný po celou dobu zavedení. Okolí bylo klidné bez známek infekce a pacientka jeho zavedení snášela bez obtíží. Pacientka chápala nutnost zavedení a s aplikací souhlasila. Spolupracovala a podílela se na péči o invazivní vstup.

7) Změna vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katetru k zajištění lepší kontroly diurézy.

Cíl:

- Pacientka i rodina jsou edukováni a chápou nutnost a význam zavedení permanentního močového katetru, pacientka v rámci edukace spolupracuje.
- Dojde ke zvýšení diurézy.
- Pacientka zná důvod zvýšené hygieny v oblasti zavedení katetru.

Plán:

- Edukace pacientky a rodiny o nutnosti a významu zavedení PMK.
- Kontrolovat diurézu, množství a barvu moče.
- Edukace pacientky o důvodu hygienických opatření.

Realizace:

- Před zavedením PMK jsem pacientku i rodinu informovala o významu a nutnosti katetru.
- Pacientku jsem informovala o hygienických opatření.
- Kontrolovala jsem diurézu v souvislosti s aplikovanými infúzemi a barvu moče a funkci zavedeného katetru.

Hodnocení:

- Pacientka souhlasila se zavedením PMK a důvodům rozuměla, spolupracovala v rámci kontroly diurézy a funkce katetru.
- Informacím o hygienických opatřeních byla dostatečná a pacientka byla v rozhovoru iniciativní.

- Došlo pouze k mírnému zvýšení diurézy, krátký časový interval k dostatečnému zavodnění organismu.

8) Únava z důvodu akutního život ohrožujícího a vyčerpávajícího onemocnění, projevující se zvýšenou potřebou odpočinku, spánku a sníženou výkonností.

Cíl:

- Pacientka zná důvod své únavy a dokáže tento důvod specifikovat.
- Pacientka je edukována a chápe svou únavu v rámci onemocnění.
- Pacientka dodržuje klidový režim a zásady odpočinku k načerpání nových sil.

Plán:

- Edukace pacientky o důvodu její únavy.
- Poučit pacientku o klidovém režimu a nutnosti odpočinku.
- Pomoc pacientce při výkonech, které ji nyní vyčerpávají
- Zajistit klid pro nerušený spánek a odpočinek, zajistit pohodlí pacientky.
- Edukace rodiny o klidovém režimu pacientky.

Realizace:

- Pacientku jsem poučila o nutnosti odpočinku vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu. Pacientku jsem uložila na samostatný pokoj, abych tím zajistila dostatečný klid pro odpočinek. Informovala jsem rodinu o klidovém režimu a nutnosti odpočinku pro pacientku a domluvila jsem se s nimi na návštěvách.

Hodnocení:

- Pacientka dodržovala klidový režim dle doporučení a vzhledem k nesnesitelným bolestem nebyla schopna pohybu. Zná důvod své únavy a snažila se odpočívat v rámci možností, které ji dovolila bolest. Informace byly dostačující pro pacientku i rodinu, která dodržovala podmínky návštěv v souladu s odpočinkem pacientky. Pacientka vlivem bolestí a nepohodlí ale neusnula a odpočinek nebyl kvalitní.

Po operaci – 22.12.2008, od 10:15

- 1) Akutní bolest z důvodu operační rány, projevující se bolestivými grimasami, neklidem po operaci, nemožností usnout a navodit si tak kvalitní spánek, častými změnami poloh a nemožností nalézt vhodnou polohu, která by ulevila od bolesti.**

Cíl:

- Pacientka cítí snížení bolesti alespoň o 2 stupně dle VAS.
- Pacientka umí lokalizovat, charakterizovat bolest a určit jeho intenzitu, spolupracuje a podílí se na procesu tlumení bolesti.
- Pacientka má navozen kvalitní spánek, zaujímá vhodnou polohu a cítí se pohodlně.
- Pacientka má po aplikaci analgetik mírnější bolesti.
- Pacientka je edukována o významu aplikace analgetik a nutnosti pravidelné aplikace, aby mohlo dojít k požadovanému snížení bolesti.
- Pacientka zná a je poučena o vedlejších účincích aplikovaných analgetik.
- Pacientka umí používat doporučené relaxační techniky a udává jejich pozitivní vliv na snížení bolesti.

Plán:

- Edukovat pacientku o významu aplikace analgetik a pravidelnosti.
- Zjistit lokalizaci, charakter, intenzitu a radiaci bolesti.
- Kontrola operační rány na břiše a fyziologických funkcí.
- Doporučit možné relaxační techniky k odpoutání pozornosti od bolesti.
- Pravidelně aplikovat analgetika a hodnotit bolest dle VAS.
- Pomocť pacientce najít vhodnou polohu a zajistit kvalitní spánek.
- Pobízet pacientku ke spolupráci v rámci tlumení bolesti.
- Edukace pacientky o vedlejších účincích aplikovaných analgetik.

Realizace:

- Bolest jsem hodnotila dle VAS před a po aplikaci analgetik a bolest jsem zaznamenávala.

- Kontrolovala jsem operační ránu a fyziologické funkce, dále viz. 4.1, tabulka č.3 (FF měřeny pouze 1. pooperační den, dále měření nenaordinováno).
- Pozornost pacientky jsem odvracela zejména rozhovorem a poukazovala jsem na její záliby jako je čtení oblíbených knih.
- Pravidelně jsem prováděla úpravu lůžka a pomáhala jsem pacientce při změně polohy.
- Informovala jsem pacientku o významu pravidelné aplikace léků na tlumení bolesti.
- Pobízela jsem ji k charakteristice bolesti a pomáhala jsem ji zvolit vhodnou polohu, která by ji ulevila od bolesti.
- Spánek jsem zajišťovala aplikací opiátů, úpravou lůžka a zvolením vhodné úlevové polohy.
- Edukovala jsem pacientku o vedlejších účincích analgetik.

Hodnocení:

- Pacientka spolupracovala a dokázala hodnotit pociťovanou bolest, chápala význam analgetik a jejich pravidelné aplikace. Po aplikaci došlo vždy k úlevě od bolesti a pacientka mohla odpočívat a spát. Nejvíce jí vyhovovala poloha na boku a na zádech s mírně zdviženým podhlavníkem. Analgetika snášela bez potíží. Relaxační techniky ji velmi pomáhaly k překonání bolesti a částečně odváděly její pozornost.

2) Porucha kožní integrity z důvodu operační rány v dolním segmentu břicha, zavedeného spádového břišního drénu do oblasti pravého mesogastria a zavedeného periferního žilního katetru do levé horní končetiny, s riziky komplikací jako je infekce v ráně nebo v okolí invazivních vstupů.

Cíl:

- Operační rána a okolí invazivních vstupů nejeví známky komplikací.
- Pacientka je edukována o péči o operační ránu a invazivní vstupy a na péči se podílí a spolupracuje.

- Pacientka je edukována o možných komplikacích, které mohou nastat v rámci hojení operační rány a invazivních vstupů.
- Operační rána a invazivní vstupy po odstranění PŽK a spádového břišního drénu se hojí per primam.
- Břišní drén je funkční a odvádí případné sekrety z operační rány.
- Pacientka je edukována o významu zavedení břišního drénu.

Plán:

- Ošetřovat ránu a invazivní vstupy za aseptických podmínek a provádět pravidelné kontroly a asistovat lékaři při převazech.
- Provádět pravidelné kontroly FF – fyziologických funkcí.
- Edukovat pacientku o pravidlech péče o ránu a invazivní vstupy.
- Při převazech kontrolovat okolí a vzhled operační rány a invazivních vstupů.
- Na operační ráně sledovat proces hojení.
- Kontrolovat množství a charakter odpadu z břišního drénu a provádět pravidelné měření.
- Edukovat pacientku o významu zavedení břišního drénu.

Realizace:

- Asistovala jsem lékaři při pravidelných převazech a postupovala jsem dle zásad asepse, kontrolovala jsem okolí a místa invazivních vstupů a operační rány. Patientce jsem vysvětlila, že operační rána i invazivní vstupy musí být udržovány v čistotě a musí být sterilně ošetřovány. Edukovala jsem pacientku o významu břišního drénu a době a významu měření odpadu. Odpad z drénu jsem měřila pravidelně každý den ve 22:00. Kontrolovala jsem FF a zaznamenávala jejich hodnoty, viz. 4.1, tabulka č.3.

Hodnocení:

- Okolí invazivních vstupů nejevilo známky infekce a okolí bylo klidné. PŽK byl průchodný po celou dobu zavedení a pacientka nepociťovala pálení v oblasti kanyly. Ošetřování PŽK probíhalo dle ošetřovatelského standardu, výměna PŽK každé 4 dny. Břišní drén byl funkční a průchodný. Pacientka se podílela na péči a spolupracovala. Operační rána se hojila per secundam vlivem opakovaného

operačního zákroku ve stejné oblasti. Cíl u ošetřování operační rány nebyl dosažen. Invazivní vstupy se hojily per primam, cíl dosažen.

3) Změna výživy z důvodu parenterální výživy a zavedení NGS – nasogastrické sondy k odčerpávání žaludečního obsahu s připojením na sběrný výpustný sáček, s riziky komplikací jako je zvýšená ztráta tekutin, dekubitus sliznice v oblasti zavedené NGS a následná porucha pasáže žaludku při jejím dlouhodobém zavedení.

Cíl:

- Pacientka ví, že nesmí nic per os, výživa je parenterální cestou.
- Pacientka je edukována a chápe význam a nutnost zavedení NGS, spolupracuje.
- Pacientka má dostatek informací o péči o NGS.
- Pacientka je edukována a chápe nutnost zvýšené péče o dutinu ústní a rty.
- Pacientka má funkční NGS a na sliznicích nejsou známky otlaků.

Plán:

- Zajistit parenterální výživu a kontrolovat dodržování diety nic per os.
- Kontrolovat příjem a výdej tekutin, kontrolovat dostatečný příjem tekutin i.v., kontrola kožního turgoru.
- Edukace o nutnosti a významu NGS.
- Poučit pacientku o péči o NGS.
- Kontrolovat průchodnost, množství, charakter odpadu a funkci NGS.
- Edukace pacientky o prevenci dekubitů na sliznicích a provedení této prevence.
- Edukovat pacientku o vyplachování dutiny ústní a zvýšené péči o rty.

Realizace:

- Pacientku jsem informovala o nutnosti a významu zavedení nasogastrické sondy, zvýšené péči o dutinu ústní a zvlhčování rtů a vyplachování úst studenou vodou. V rámci prevence jsem pacientku poučila o nutnosti pohybu s NGS, pacientku jsem do preventivních opatření zapojila. 2x denně jsme prováděly mírný pohyb se sondou. Množství, charakter a průchodnost jsem kontrolovala vždy ve 22:00 při

měření odpadu z NGS a výměně sběrného sáčku. Kontrolovala jsem příjem a výdej tekutin a stav hydratace.

Hodnocení:

- Pacientka se podílela na preventivních opatřeních společně se sestrou a také se podílela na péči o NGS. Důvod a význam zavedení NGS chápala. Během aplikace byla sonda plně funkční, průchodná a odváděla žaludeční obsah zelené barvy. O dutinu ústní a rty pečovala společně se sestrou a spolupracovala po celou dobu zavedení sondy. Příjem a výdej tekutin byl vyrovnaný a měření se provádělo každý den dle ordinace lékaře.

4) Porucha vyprazdňování stolice z důvodu náhlé příhody břišní, ileu – střevní neprůchodnosti, projevující se zácpou a zástavou odchodu plynů.

Cíl:

- Pacientka se po operaci vyprazdňuje bez problémů.
- Pacientka je edukována nutnosti tekutin a pohybu k zajištění peristaltiky a veškerá doporučení chápe a spolupracuje.
- Peristaltika je obnovena a odcházejí plyny i stolice.
- Pacientka je poučena nutričním terapeutem o vhodných potravinách.

Plán:

- Po operaci zajistit bezproblémové vyprazdňování stolice.
- Edukovat pacientku o lécích, které má aplikované na podporu střevní peristaltiky.
- Edukovat pacientku o vhodných potravinách a zásadách správné životosprávy k zajištění pravidelného vyprazdňování stolice.
- Kontaktovat nutričního terapeuta.

Realizace:

- Pacientku jsem informovala o lécích, které dostává na podporu střevní peristaltiky a poučila jsem ji o možných vedlejších účincích a jaký mají vliv na vyprazdňování. Vysvětlila jsem pacientce nutnost příjmu tekutin a pohybu a při aplikaci stravy per os jsem kontaktovala nutričního terapeuta, který pacientce doporučil vhodné

potraviny. Společně s pacientkou jsme provedli výběr nejlepších potravin, které ji chutnají zároveň jsem pobídla rodinu k přinesení některých z nich. Zapojila jsem i rodinu do edukačního programu v rámci pohybu a vysvětlila jsem jim důvody a výhody.

Hodnocení:

- Pacientka veškerá doporučení dodržovala a spolupracovala, při příjmu tekutin a potravy per os zvýšila příjem tekutin a snažila se hodně chodit. Díky edukaci chápala význam léků a při jejich aplikaci neměla žádné vedlejší účinky. 2. pooperační den byla na stolici, která byla normální barvy a konzistence. V průběhu hospitalizace neměla problémy s vyprazdňováním a chodila pravidelně na stolicí každý den. Edukace byla dostačující.

5) Omezená pohyblivost z důvodu operačního výkonu a bolestivosti v oblasti operační rány, projevující se únavou a sníženou soběstačností a sebepéčí při běžných denních činnostech, zejména při hygieně a sebeobsluze.

Cíl:

- Pacientka je soběstačná v běžných denních činnostech a zvládne sebepéči a sebeobsluhu.
- Pacientka je edukována o pohybovém režimu a spolupracuje.

Plán:

- Pacientku edukovat o pohybu a postupně ji aktivizovat.
- Zajistit pomůcky nadosah a dle potřeby dopomoc při hygieně a sebeobsluze.
- Zajistit tlumení bolesti.
- Stanovit stupeň soběstačnosti dle testu ADL .

Realizace:

- Určila jsem stupeň soběstačnosti dle ADL (0. operační den – 25, 2. pooperační den 65), první dva dny jsem pacientce pomáhala s hygienou na lůžku a pravidelně jsem tlumila bolest. Kontrolovala jsem jestli má pomůcky a osobní věci na dosah a

pomáhala jsem ji v běžných denních činnostech. Provedla jsem edukaci o pohybovém režimu a postupně jsem pacientku zatěžovala pohybem, nejprve sedem na lůžku, pak se spuštěnými končetinami a nakonec stoj. 2. pooperační den jsem se s pacientkou prošla po pokoji a provedla hygienu v koupelně. Pacientku jsem vedla k aktivitě a soběstačnosti.

Hodnocení:

- Pacientka byla velmi snaživá a chápala nutnost pohybu, dle ADL byl pokrok v sebeděči a soběstačnosti velmi rychlý. Pacientka byla první dny plně závislá a nesoběstačná s plným zajištěním hygienické péče sestrou. 2. pooperační den šlo o lehkou závislost a pacientka byla již částečně soběstačná. Došlo k dosažení cílů.

6) Změna vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katetru, připojeného na sběrný výpustný sáček, ke kvalitnější kontrole diurézy a příjmu a výdeje tekutin, s riziky komplikací jako je infekce nebo neschopnost udržet moč.

Cíl:

- Pacientka je edukovaná o nutnosti a významu zavedení permanentního močového katetru a daná opatření chápe a spolupracuje.
- Pacientka chápe význam příjmu a výdeje tekutin a měření diurézy za 24 hodin.
- Pacientka nemá projevy infekce spojené se zavedením PMK.
- Pacientka je edukovaná o významu péče o PMK a v rámci této péče spolupracuje.
- Pacientka zná hygienická opatření v péči o PMK.

Plán:

- Edukovat pacientku o nutnosti a významu zavedení PMK.
- Poučít pacientku o významu měření diurézy.
- Dbát na hygienická opatření a pacientku do této péče zapojit.
- Pacientka si nestěžuje na bolesti nebo pálení v oblasti zavedeného PMK.
- Kontrolovat příjem a výdej tekutin .

Realizace:

- Kontrolovala jsem příjem a výdej tekutin a měřila jsem vždy ve 22:00, v tuto dobu jsem měnila také výpustný sběrný sáček. Pacientku jsem informovala o nutnosti zavedení PMK a kontroly bilance tekutin, viz. 5.2, Péče o PMK. Pacientku jsem edukovala v oblasti hygienické péče o PMK, prováděla jsem oplachy genitálu vlažnou vodou a ptala jsem se na možné projevy zánětu jako je například pálení či bolest v místě zavedení.

Hodnocení:

- Pacientka během zavedení neměla žádné projevy zánětu a význam jeho zavedení chápala, podílela se společně se sestrou na péči o katetr, věděla jak o něho pečovat a dokonce plnila hygienická opatření sama (po dosažení soběstačnosti). V rámci edukace byla velmi snaživá. Bilance tekutin byla v normě.

7) Riziko dalšího poškození zdraví pro opakované operační výkony a nízký BMI, projevující se zhoršeným hojením operační rány – per secundam a možným vznikem frustrací z opakovaných hospitalizací a operačního výkonu.

Cíl:

- Pacientka je edukována o možném riziku komplikací operační rány a vznikem hojení per secundam, pacientka danému riziku rozumí.
- Pacientka nemá projevy frustrace a má saturovány veškeré potřeby.
- Při vzniku rizika je zachován komfort při převazu a pacientka má dostatek informací o fázi hojení operační rány.
- U pacientky nedojde k vzniku dalšího poškození zdraví vlivem nízkého BMI.
- Pacientka hovoří o svých potížích a zná rizika frustrace.
- Rodina je plně zapojena do prevence frustrace.

Plán:

- Edukace pacientky o riziku komplikace hojení operační rány per secundam.
- Saturace potřeb pacientky a psychická podpora, zapojení rodiny do procesu prevence frustrace.
- Hovořit s pacientkou o problémech a chovat se ohleduplně a empaticky při převazech operační rány.
- Dostatečně informovat pacientku o procesu hojení a možných řešení při vzniku komplikací v hojení operační rány.
- Dbát na dostatečnou nutriční vyváženost, podávat bílkovinné přídatky ve formě sipping.

Realizace:

- Pacientku jsem poučila o možném riziku a dávala jsem jí dostatek prostoru k vyjádření svých problémů, které ji tíží a empaticky jsem naslouchala. Po dohodě s nutričním terapeutem jsem pacientce podávala bílkovinné přídatky a vysvětlila jsem ji význam těchto přípravků. Doporučila jsem ji některé výrobky a poučila jsem a zapojila i rodinu. Po převazu jsem pacientku informovala o procesu hojení a průběžně jsem sledovala její psychický stav.

Hodnocení:

- Vzhledem k malnutrici pacientky a podvýživě se nepodařilo zabránit vzniku komplikací, které byly spojeny s procesem hojení. Došlo k hojení operační rány per secundam. Pacientka to ale snášela dobře a nedošlo k projevům frustrace nebo psychické deprivace. Bílkovinné přídatky si pacientka velmi oblíbila a pila je s chutí.

8) Porucha výživy z důvodu dlouhodobě snížené chuti k jídlu vlivem předchozího gynekologického onemocnění, které pacientku stresovalo, projevující se poklesem hmotnosti o 10 kg za půl roku, malnutricí a kachexií.

Cíl:

- Pacientka má chuť k jídlu a svou hmotnost zvýší ke konci hospitalizace alespoň o 1 kg.
- Pacientka i rodina jsou edukováni a chápou poučení o správné životosprávě a správném životním stylu.
- Zná rizika malnutrice a kachexie.
- Pacientka chápe nutnost zvýšeného příjmu bílkovin a rozumí pojmu BMI a podvýživa.

Plán:

- Kontaktovat nutričního terapeuta a společně s ním motivovat pacientku k řešení své kachexie.
- Edukace pacientky a rodiny o životosprávě a správném životním stylu a vyváženosti stravy.
- Komunikovat s pacientkou o stresu, který způsobil její sníženou chuť k jídlu a naučit pacientku jak se vyrovnávat se stresem.
- Edukovat pacientku i rodinu o rizicích malnutrice a kachexie, významu bílkovinných přísad, pojmu BMI a podvýživy.

Realizace:

- V první řadě jsem kontaktovala nutričního terapeuta a domluvila jsem návštěvu terapeuta s pacientkou. Společně s terapeutem a pacientkou jsme stanovili reálné cíle, kterých chceme dosáhnout po dobu hospitalizace. Dohodly jsme se o přírůstku na váze o jeden kilogram. Edukace o životosprávě probíhala za přítomnosti terapeuta, který nám pomáhal nalézt vhodné a energeticky vydatné potraviny. Součástí této edukace byla i rodina, která se podílela zejména tím, že některé potraviny pacientce donesla sama a motivovala pacientku ke konzumaci potravin. (Vše samozřejmě pacientka jedla až po té, co mohla přijímat potraviny per os a byla dostatečně zatížena stravou.) Rozhovorem s pacientkou jsem zjistila, že příčina její snížené chuti k jídlu, byla zejména v tom, že neustále nevěděla příčinu svých potíží.

Hodnocení:

- Pacientka po kontaktu s nutričním terapeutem byla dostatečně informována o energeticky významných potravinách a byla odhodlaná změnit svůj životní styl. Doporučení dodržovala a ke konci hospitalizace zvýšila svou hmotnost o 1,5 kg.

Rodina ji podporovala a nosila jí potraviny dle její chuti a přání. Nyní je pacientka plně vyrovnaná s předchozím onemocněním a nemá pocit stresu ani snížené chuti k jídlu. Je psychicky vyrovnaná a dokonce má i chuť k jídlu.

9) Riziko vzniku TEN – trombembolické nemoci, z důvodu snížené hybnosti, opakovaných operačních výkonů v celkové anestezii, projevující se embolizací do plic, dušností a zhoršením zdravotního stavu, který může pacientku ohrozit na životě.

Cíl:

- Pacientka je edukována o aplikaci antikoagulačních látek a chápe jejich význam.
- Pacientka je edukována o komplikaci TEN a této komplikaci rozumí .
- Pacientka je pohyblivá a není zde riziko ohrožení na životě, pacientka spolupracuje.
- Pacientka spolupracuje při pohybové aktivitě a umí zhodnotit svůj zdravotní stav, zná projevy onemocnění a dokáže je charakterizovat.

Plán:

- Aplikace antikoagulačních látek dle rozpisu lékaře.
- Edukace pacientky o komplikaci TEN, vysvětlení pojmu, rizik a projevy této komplikace.
- Pacientku motivovat k pohybové aktivitě a získat pacientku pro spolupráci.
- Kontrolovat zdravotní stav, na dolních končetinách sledovat možný vznik otoků a možné projevy komplikací.

Realizace:

- Pacientku jsem informovala a vysvětlila jsem jí pojem TEN, veškerá rizika a projevy této komplikace. Vysvětlila jsem jí význam aplikace s.c. injekcí s antikoagulačním účinkem a možné vedlejší účinky. Pacientku jsem pobízela k aktivitě a často jsem se s ní procházela po chodbě chirurgického oddělení, pokud

se na to ovšem cítila. Kontrolovala jsem zejména oblast lýtek a kontrolovala jsem vznik možných otoků dolních končetin a projevy dušnosti. Doporučila jsem pacientce preventivní cvičení lýtek na lůžku, formou „pata – špička“.

Hodnocení:

- Pacientka pojmu TEN porozuměla a všechna doporučení dodržovala. Význam aplikovaných s.c. injekcí chápala a na prevenci se aktivně podílela, zejména ve sledování komplikací a nežádoucích účinků. Po dobu aplikace neměla žádné projevy vedlejších účinků. Ze začátku chodila s doprovodem sestry, později už sama. Byla samostatně aktivní a pohyb jí nedělal potíže. Nedošlo k projevům TEN, lýtka byla měkká a prohmatná, bez otoků a bolestivosti. Ke komplikaci nedošlo, cíle byly splněny.

4 EDUKACE PACIENTKY

Paní P. v průběhu posledních 6 měsíců zhubla o 10 kg, je viditelně kachetická a malnutriční, dle BMI skóre 16 – těžká podvýživa. Pacientka problém vidí zejména ve snížené chuti k jídlu, která je způsobená dlouhotrvajícími potížemi v gynekologické oblasti, které byly operačně řešeny.

Pacientka vždy dbala na správnou životosprávu a vyváženou stravu. Jedla hlavně ovoce, celozrnné pečivo a mléčné výrobky. Dietu nikdy nedržela. Pacientka by sama chtěla řešit tento problém, proto nebyl problém ve spolupráci.

Pacientku jsem edukovala společně s nutričním terapeutem v oblasti výživy, stravování i vyprazdňování. Pacientka spolupracovala a během hospitalizace dokonce zvýšila hmotnost o 1 kg.

➤ **Poučena o bílkovinných přídavcích (malnutrice)**

- ❑ Pacientka poučena o formách a druzích bílkovin
- ❑ Doporučena dieta bohatá na bílkoviny a se zvýšeným energetickým příjmem.
- ❑ Výběr přídatku : Nutridrink
- ❑ Výběr z katalogů a firem, reklamní letáky ponechány pacientce.

➤ **Poučena o stravě, stravovacích návycích a pitném režimu (kachexie s ohledem na pooperační stav – prodělaný ileus)**

- ❑ Strava s vyšší energetickou hodnotou
- ❑ Strava šetřící, ne nadýmavá, ne přepalované tuky, maso opékat nasucho, doporučeno přidávat ke stravě vitamín C.
- ❑ Dostatek tekutin – minimálně 2000 ml
- ❑ **mezi vhodné potraviny patří:** řidší polévky, hlavně vývar z hovězího masa, z kostí, knedlík jemný, bílé pečivo, veka a piškoty, vařená mrkev ve formě pyré, mrkvová a rajčatová šťáva, méně často pudink, vaječné pokrmy atd....
- ❑ **mezi nevhodné potraviny patří :** tučné maso, smažené, nakládané , tuky – sádlo, slanina, čerstvé pečivo, hořčice, pálivá paprika, zmrzlina atd.....

➤ **Poučena o komplikacích kachexie a malnutrice :** selhávání řady orgánů – ledviny, játra, srdce...proteinurie, otoky DK, chronická únava, vyčerpání organismu...

5 ZÁVĚR A PROGNÓZA

Paní P. je 49 – letá pacientka, která přišla pro náhlou příhodu břišní s podezřením na ileus – střevní neprůchodnost. Pacientka před týdnem prodělala gynekologickou operaci, což by odpovídalo příčině potíží a také následným pooperačním komplikacím. Pacientka se chronicky s ničím neléčí. O průběhu ošetřování, o operaci a možných komplikacích byla informována okamžitě po stanovení diagnózy a s operačním výkonem z vitální indikace souhlasila.

Pacientka byla operována 2 hodiny po příjmu na chirurgické oddělení. Operace proběhla bez komplikací a po operaci byla na pokoji intenzivní péče, kde byla monitorována. Za 3 hodiny byla převezena na standartní oddělení chirurgického oddělení.

Pacientka se během hospitalizace velmi dobře adaptovala na jakoukoliv změnu a spolupracovala se zdravotnickým personálem. I přes operační výkon, který jí činil zpočátku značné obtíže, se dokázala během krátké doby osamostatnit. Pacientka má velké zázemí a oporu ve své rodině, která mi po celou dobu pomáhala s plněním mých ošetrovatelských plánů. Rodina byla velmi chápavá k režimu a velmi ráda se zapojila do ošetrovatelského procesu. Psychická podpora a víra v uzdravení byla v této situaci asi tím nejlepším lékem.

Pacientka dodržovala všechna léčebná opatření, o kterých byla včas a dostatečně informována. Po celou dobu hospitalizace byla velmi komunikativní a díky tomu jsme mohly navázat velmi úzký vztah jako sestra a pacient. Pacientka mi značně důvěřovala a já její důvěru nezklamala. Hojení rány bylo sice komplikovanější, ale pacientka byla rozhodnutá bojovat a psychicky to snášela dobře. Celých šest dní mého ošetřování byla pacientka klidná, vyrovnaná, komunikativní, spolupracovala a hlavně byla v psychické pohodě. S pobytem v nemocnici byla velmi spokojená. Dne 7.1. 2009 tj. 15. pooperační den a 16. den hospitalizace byla propuštěna do domácího ošetřování. Pacientka stále dochází na kontroly a převazy rány k nám na chirurgickou ambulanci. Vždy, při návštěvě ambulance se zastaví i u nás, aby se nám ukázala jak jsme ji, jak sama říká, dostali hrobníkovi z lopaty.

Prognosticky, vzhledem k nízkému skóre BMI a malnutrici, byla pacientka považována za velmi rizikovou s možností vzniku vážných komplikací. Pacientka je velmi otevřená, komunikativní, snaživá a hlavně psychicky vyrovnaná, proto rizika byla s minimálním výskytem. U této problematiky je zejména důležitá edukace problému v rámci BMI a malnutrice a samozřejmě vůle pacientky dodržovat zvolená doporučení a pravidelně

navštěvovat nutričního terapeuta i po odchodu domů. Součástí dobré prognózy je v tomto případě i podpora rodiny.

C SEZNAM LITERATURY

- 1) ADAMS, B., HAROLD, C. E. Sestra a akutní stavy od A do Z, Praha : Grada Publishing, s.r.o., 1999, ISBN 80 – 7169 – 893 – 8
- 2) DOEGNES, M. E., MOORHOUSE, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry, Praha : Grada Publishing, s.r.o., 2001, ISBN 80 – 247 – 0242 – 8
- 3) HÁJEK, M. Chirurgie pro praktického lékaře, Praha : Grada Publishing, s.r.o., 1995, ISBN 80 – 7169 – 108 – 9
- 4) KOLEKTIV AUTORŮ ÚTPO. Základy ošetřování nemocných, Praha : Universita Karlova - Karolinum, 2005, ISBN 80 – 246 – 0845 – 6
- 5) NEJEDLÁ, M. Fyzikální vyšetření pro sestry, Praha : Grada Publishing, s.r.o., 2006, ISBN 80 – 247 – 1150 – 8
- 6) NEUWIRTH, J., FIFERNOVÁ, G. Ošetřovatelství II., Praha : Informatorium, 1996, ISBN 80 – 85427 – 88 – 5
- 7) SOFAER, B. Bolest – příručka pro zdravotní sestry, Praha : Grada Publishing, s.r.o., 1997, ISBN 80 – 7169 – 309 – X
- 8) TRACHTOVÁ, E., KOLEKTIV. Potřeby nemocných v ošetřovatelském procesu, Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001, ISBN 80 – 7013 – 324 – 8
- 9) VYHNÁLEK, F., KOLEKTIV AUTORŮ. Chirurgie I., Praha : Informatorium, s.r.o., 1997, ISBN 80 – 86073 – 07 – 6
- 10) VYHNÁLEK, F., KOLEKTIV AUTORŮ. Chirurgie II., Praha : Informatorium, s.r.o., 1997, ISBN 80 – 86073 – 13 – 0
- 11) VOMELA, J., KOLEKTIV AUTORŮ. Chirurgie pro sestry 1. část, Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998, ISBN 80 – 7013 – 262 – 0
- 12) WHO, STAŇKOVÁ, M. Lemon 1., Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1996, ISBN 80 – 7013 – 234 – 5

D ZDROJE INFORMACÍ

1) Pacient

1a) rozhovorem

1b) pozorováním

2) Dokumentace

3) Lékař

4) Ošetřující personál

5) Nutriční terapeut

6) Rodinní příslušníci

7) Spolupacienti

E SEZNAM PŘÍLOH

1. Vstupní ošetřovatelský záznam
2. Plán ošetřovatelské péče
3. Souhlas s operací
4. Anesteziologický dotazník
5. Základní nutriční screening
6. Barthelův test soběstačnosti
7. Minimental test
8. Rozšířená stupnice dle Nortonové
9. Seznam aplikovaných léčiv a jejich nežádoucí účinky
10. Použité zkratky
11. Evidence výpůjček
12. Prohlášení zájemce o nahlédnutí

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č. 1

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství, 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
v Praze

VSTUPNÍ OŠETŘOVATELSKÝ ZÁZNAM

Jméno a příjmení:

Oslovení:..... paní P.....

Rodné číslo:.....xxxxxx.....

Věk:.....49 let.....

Stavvdaná.....

Adresa:...východní čechy.....

Osoba, kterou lze kontaktovat: ...manžel.....

Pojišťovna:.....207.....

Povolání:..administr. pracovnice

Vzdělání:..střední s maturitou.

Národnost:...česká.....

Vyznání:..bez vyznání.....

Datum přijetí :.....22.12.2008 v 6:15.....

Hlavní důvod přijetí:

Pacientka byla přijata pro nesnesitelné křečovitě bolesti břicha – suspektní subileosní stav

Lékařská diagnóza: Ileus – střevní neprůchodnost

- Kachexie
- Malnutrice
- stav po gynekologické operaci před týdnem 15.12.2008

Jak je nemocný informován o své diagnóze?

Pacientka je plně informována s onemocněním a případnými komplikacemi i následky onemocnění při neléčení náhlé příhody břišní.

Osobní anamnéza:

Běžné dětské nemoci, interně se neléčí, v roce 1981 operace žlučníku pro lithiázu – CHCE, 2000 – laparoskopická apendektomie, 15.12.2008 – gynekologická operace pro polymenoreu.

Rodinná anamnéza:

Dle pacientky se v rodině vážná onemocnění nevyskytovala.

Vyšetření:

Fyzikální vyšetření – pohledem, poklepem, poslechem. Laboratorní vyšetření krve – hematologie, biochemie. RTG břicha + UZ + CT břicha.

Terapie:

Infuzní terapie – Hartmanův roztok a Fyziologický roztok, dieta – nic per os, analgetika při bolesti (Novalgin), zavedena NGS. Pacientka plánována v 8:15 na operační výkon z vitální indikace.

Nemocný má u sebe tyto léky:

Pacientka chronicky žádné léky neužívá.

Je poučen, jak je má brát?

Pacientka si sama žádné léky nebere.

Obecná rizika:

(Zhodnoťte, využijte hodnotící škály)

<i>nikotismus</i>		<u>ne</u>	ano	pokud ano, kolik denně:
<i>alkoholismus</i>		<u>ne</u>	ano	
<i>drogy</i>		<u>ne</u>	ano	pokud ano, jaké a jak dlouho:
<i>alergie</i>	jídlo	<u>ne</u>	ano	pokud ano, které:
	léky	<u>ne</u>	ano	pokud ano, které:
	jiné	<u>ne</u>	ano	pokud ano, na co:

dekubity – test dle Nortonové – 29 bodů – není zde riziko.

pneumonie – Pacientka není pohyblivá díky bolestem, standartně je ale soběstačná a pohyblivá.

výživa – Pacientka je kachektická a malnutriční, dle BMI 16 – podvýživa.

Důležité informace o stavu nemocného:

Pacientka je velmi unavená a vyčerpaná. Dle provedených testů nejeví známky rizik, kromě BMI, které je velmi rizikové – skóre 16, pacientka velmi malnutriční s viditelnou kachexií.

Jak pacient vnímá svou nemoc a hospitalizaci, co očekává:

1. *Proč jste přišel do nemocnice (k lékaři)?* ...Mám silné bolesti břicha a zvracím. Jsem vyčerpaná.....

.

2. *Co si myslíte, že způsobilo vaši nemoc?* Myslím, že to má souvislost s gynekologickou operací, kterou jsem měla před týdnem.

3. *Změnila tato nemoc nějak váš způsob života? Pokud ano, jak?* Ano, musela jsem opět do nemocnice.

4. *Co očekáváte, že se s vámi v nemocnici stane?* Očekávám, že moje potíže zde vyřeší lékaři a že mi pomůžou. Dále pomoc od ošetřujícího personálu doufám, že dojde k odstranění bolesti.

5. *Jaké to pro vás je být v nemocnici?* Strašné, protože jsem doma strávila pouze jeden týden

6. *Kolik času podle vašeho odhadu strávíte v nemocnici?* ...Tak 14 dní, ale pokud to bude nutné, budu zde déle.

7. Máte dostatek informací a vašem léčebném režimu? Ano, mám.
 8. Máte dostatek informací o nemocničním režimu? ...Ano, mám
 9. Máte nějaké specifické problémy týkající se vašeho pobytu v nemocnici? Upřesněte:

 ...Ne, nemám.

Stupeň soběstačnosti (je-li porušena, změřte stupeň poruchy):

Vzhledem k nesnesitelným bolestem nelze zhodnotit stupeň soběstačnosti, nyní je pacientka neschopna pohybu. Zhodnocení soběstačnosti naplánováno na dobu po operaci až pacientka nebude v akutní fázi onemocnění.

Komunikace:

- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|--------------|--------------|
| • stav vědomí | <u>při vědomí</u> | somnolence | kóma |
| • kontakt navázán | <u>rychle</u> | s obtížemi | nenavázán |
| • komunikace | <u>bez problémů</u> | bariéry | nekomunikuje |
| • spolupráce
spolupráci | <u>snaha spolupracovat</u> | nedůvěřivost | odmítá |

HODNOCENÍ NEMOCNÉHO

1. Bolest a nepohodlí

- ❖ Pociťujete bolest nebo něco nepříjemného? ano *ne*
 pokud ano, upřesněte:
 Mám silné bolesti celého břicha. Bolest je kolikovitá a nesnesitelná.

- ❖ Měl jste bolest nebo jiné nepříjemné potíže už před přijetím do nemocnice? ano *ne*
 pokud ano, upřesněte:
 Přicházím právě pro nesnesitelné bolesti.

 jak dlouho? Asi 1 den.

- ❖ Na čem je vaše bolest závislá? Je intenzivnější v poloze na zádech.
- ❖ Co jste dělal pro úlevu bolesti (obtíží)? Poloha na boku, léky proti bolesti.
- ❖ Kde pociťujete bolest? Nelze určit, mám ji v celém břiše.
- ❖ Pokud budete mít u nás bolesti/obtíže, co bychom mohli udělat pro jejich zmírnění?
 Určitě aplikovat léky proti bolesti

Objektivní hodnocení sestry:

pocit pohodlí (lůžko, teplo), projevy bolesti :

Pacientka vzhledem k nesnesitelným bolestem nemá pocit pohodlí. Nemá schopná si najít úlevovou polohu, často ji také mění. Pro pocit chladu je přikryta dvěma dekami.

charakter, lokalizace, intenzita bolesti (změřte):

Pacientka má kolikovitě bolesti lokalizované v oblasti pupku, respektive v celém břiše, přesnou lokalizaci nelze určit, radiace dle pacientky je do třísel. Dle VAS udává stupeň 10 – velmi nesnesitelné bolesti.

2. Dýchání

- | | | |
|---|------------|------------------|
| ✓ Měl jste před onemocněním nějaké problémy s dýcháním?
pokud ano, upřesněte:
..... | <i>ano</i> | <u><i>ne</i></u> |
| ✓ Měl jste potíže před příchodem do nemocnice?
pokud ano, upřesněte:
.....
jak jste je zvládal? | <i>ano</i> | <u><i>ne</i></u> |
| ✓ Máte nyní potíže s dýcháním?
pokud ano, co by vám pomohlo?
..... | <i>ano</i> | <u><i>ne</i></u> |
| ✓ Očekáváte, že budete mít potíže po návratu domů? (pokud pacient odpověděl na předchozí otázky negativně, tuto otázku nepokládejte)
<div style="text-align: right;"><i>nevím</i></div>
pokud ano, zvládnete to?
..... | <i>ano</i> | <u><i>ne</i></u> |
| ✓ Kouříte?
pokud ano, kolik?
..... | <i>ano</i> | <u><i>ne</i></u> |

Objektivní hodnocení sestry:

dušnost, frekvence, pravidelnost, rýma, kašel, sputum atd.: Pacientka dýchá pravidelně, bez známek dušnosti. Rýmu ani kašel nemá. Frekvence dechu je 16/minutu.

3. Osobní péče

- | | | |
|--|-------------------|------------------|
| ✓ Můžete si všechno udělat sám? | <i>ano</i> | <u><i>ne</i></u> |
| ✓ Potřebujete pomoc při mytí? | <u><i>ano</i></u> | <i>ne</i> |
| ✓ Potřebujete pomoc při čištění zubů? | <i>ano</i> | <u><i>ne</i></u> |
| ✓ Potřebujete pomoc při koupání či sprchování? | <u><i>ano</i></u> | <i>ne</i> |
| ✓ Kdy se obvykle koupete nebo sprchujete? Večer před spaním. | | |

Objektivní hodnocení sestry:**soběstačnost, upravenost, zanedbanost atd.:**

Pacientka má nesnesitelné bolesti, ale i přesto je upravená. Pravidelně o sebe pečuje. Doma je plně soběstačná, nyní má tak nesnesitelné bolesti, že se o sebe nedokáže sama postarat. Potřebuje pomoc sestry. Nyní ale i pomoc odmítá, nechce se hýbat, protože jí pohyb činí velké obtíže.

4. Kůže

- ✓ Pozorujete změny na kůži? *ano* *ne*
- ✓ Máte obvykle kůži? *suchou* *mastnou* *normální*
- ✓ Pokud máte problémy, jak si ošetřujete doma pleť?
Nemám problémy, obvykle používám denní a noční krém na obličej.
- ✓ Svědí vás kůže? *ano* *ne*

Objektivní hodnocení sestry:

celistvost, vyrážka, hematomy, opruzeniny, rány, jizvy atd.:

Stav kůže je normální, bez vyrážky a opruzenin. Na břiše znatelné 3 jizvy – po OP žlučníku, po OP apendixu, čerstvá jizva po gynekologické oblasti – provedená dolní střední laparotomií.

5. Strava a dutina ústní

- a) Jak vypadá váš chrup? *dobrý* *vadný*
- Máte zubní protézu? *dolní* *horní* *žádnou*
 - Dělá vám stav vašeho chrupu při jídle potíže? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte
.....
 - Máte rozbolavělá ústa? *ano* *ne*
pokud ano, ruší vás to při jídle?
.....
- b) Myslíte, že máte tělesnou váhu *přiměřenou* *vyšší (o kolik)* *nižší (o kolik)*
o 10 kg
- c) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? *ano* *ne*
pokud ano, o kolik kg jste zhubnul/přibral: - 10 kg
- d) Změnila nemoc vaši chuť k jídlu? *ano* *ne*
- Co obvykle jíte?
Jím všechno, ale nyní nemám chuť k jídlu
 - Je něco co nejíte? Proč? Ne
 - Měl jste nějakou dietu, než jste byl hospitalizován? *ano* *ne*
pokud ano, upřesněte: ...z důvodu gynekologické operace
 - Měl jste nějaké problémy s jídlem, než jste přišel do nemocnice? Ne
pokud ano, upřesněte:
co by mohlo problém vyřešit?
.....
 - Čekáte, že po návratu z nemocnice budete mít speciální dietu? Doufám, že ne.
pokud ano, očekáváte, že ji budete schopen dodržovat?
.....

Pacientka má zácpu a zástavu odchodu plynů. Na stolicinebyla již 5 dní – nelze tedy hodnotit.

Pacientka pro nesnesitelné bolesti není schopna pohybu a pohyb jí činí velké potíže, proto raději nevstává. Doma byla ale soběstačná.

10. Smyslové funkce

- | | | |
|---|---------------------------------|------------------------|
| ✓ Máte potíže se zrakem?
pokud ano, upřesněte: | <i>ano</i> | <i><u>ne</u></i> |
| | | |
| ✓ Nosíte brýle?
pokud ano, máte s nimi nějaké problémy? | <i>ano</i> | <i><u>ne</u></i> |
| | | |
| ✓ Slyšíte dobře?
pokud ne, užíváte naslouchadlo?
jak jinak si pomáháte, abyste rozuměl? | <i><u>ano</u></i>
<i>ano</i> | <i>ne</i>
<i>ne</i> |
| | | |

Objektivní hodnocení sestry:

Pacientka se v prostoru orientuje velmi dobře, nemá problémy se sluchem ani zrakem.

11. Fyzická a psychická aktivita

- | | | |
|---|-------------------|------------------|
| ✓ Chodíte do zaměstnání? Pokud ano, co děláte? Ano, jsem administrativní pracovnice. | | |
| ✓ Máte potíže pohybovat se v domácnosti? | <i>ano</i> | <i><u>ne</u></i> |
| ✓ Máte doporučeno nějaké cvičení? Pokud ano, upřesněte: ...Ne | | |
| ✓ Víte, jaký je váš pohybový režim v nemocnici? | <i><u>ano</u></i> | <i>ne</i> |
| ✓ Co děláte rád ve volném čase? Ráda jezdím ne kole, čtu knížky, chodím do přírody. | | |
| ✓ Jaké máte záliby, které by vám vyplnily volný čas v nemocnici?
Ráda čtu knížky, ale až mi bude lépe. | | |
| ✓ Můžeme něco udělat v jejich uskutečnění?
Ne, děkuji, manžel mi vše donese. | | |

Objektivní hodnocení sestry:

Pacientka se nyní cítí velmi unavená a vyčerpaná. Aktivně se neprojevuje vzhledem k nesnesitelným bolestem, které jí brání v pohybu. Zatím jen pospává, pokud jí to bolest dovolí.

12. Odpočinek a spánek

- | | | |
|---|------------|------------------|
| ✓ Kolik hodin spánku potřebujete k pocitu vyspání?asi 6 hodin | | |
| ✓ Máte doma potíže se spánkem?
pokud ano, upřesněte: | <i>ano</i> | <i><u>ne</u></i> |
| | | |
| | | |
| ✓ Kolik hodin obvykle spíte? ...5- 6 hodin | | |
| ✓ Usínáte obvykle těžko? | <i>ano</i> | <i><u>ne</u></i> |
| ✓ Budíte se příliš brzo?
pokud ano, upřesněte | <i>ano</i> | <i><u>ne</u></i> |
| | | |

- ✓ Co podle vás způsobuje vaše potíže?
.....
- ✓ Máte nějaký návyk, který vám pomáhá lépe spát? ...Ráda se sprchuji před spaním.
- ✓ Berete doma léky na spaní? ano ne
pokud ano, které:
.....
- ✓ Zdřímnete se i během dne? Jak často a jak dlouho? Ne.

Objektivní hodnocení sestry:

únava, denní a noční spánek apod.:

Pacientka i přesto, že je velmi unavená a vyčerpaná, nemůže pro nesnesitelné bolesti usnout a odpočívat. Bolest jí nedovolí kvalitně usnout.

13. Sexualita

(otázky závisejí na tom, zda pacient považuje potřebné o tom mluvit)

- ✓ Způsobila vaše nemoc nějaké změny ve vašem partnerském vztahu?
ano *ne*
pokud ano, upřesněte:
.....

- ✓ Očekáváte, že se změní po odchodu z nemocnice váš intimní život?
ano *ne*
pokud ano, upřesněte:
.....
.....

- *pacient o sexualitě nechce hovořit*

- *otázky nebyly položeny z důvodu vysokého věku nemocného*

14. Psychologické hodnocení

- | | | | |
|--|------------------------|---------------------|---------|
| • emocionalita | <u>stabilní</u> | spíše stabilní | labilní |
| • autoregulace | <u>dobře se ovládá</u> | hůře se ovládá | |
| • adaptabilita | <u>přizpůsobivý</u> | nepřizpůsobivý | |
| • příjem a uchovávání informací | <u>bez zkreslení</u> | zkresleně (neúplně) | |
| • orientace | <u>orientován</u> | dezorientován | |
| • celkové ladění | <u>úzkostlivý</u> | smutný | |
| rozzlobený | sklíčený | apatický | |

15. Rodina a sociální situace

- ✓ S kým doma žijete?s manželem a dvěma dcerami
- ✓ Kdo je pro vás nejdůležitější člověk (nejbližší) člověk? manžel a dcery
- ✓ Komu mohou být poskytnuty inf. o vašem zdrav. stavu? manželovi
- ✓ Jaký dopad má vaše přijetí do nemocnice na vaši rodinu? ...odloučení!
- ✓ Může vás někdo z rodiny (nebo blízký) navštěvovat? Ano, rodina, dcery, přátelé.
- ✓ Je na vás někdo závislý? Ne, jedině manžel (pacientka se pousmála)
- ✓ Jak očekáváte, že se vám bude po propuštění doma dařit? ...Doufám, že dobře.
- ✓ Kdo se o vás může postarat? ...manžel, dcery

Sociální situace (bydlení, příbuzní, kontakt se sousedy, sociální pracovníci atd.):

Pacientka žije s manželem 25 let v rodinném domě se dvěma dcerami. Manželství je harmonické, dle pacientky bez větších problémů. Manžel i dcery o pacientku hezky pečují a pravidelně ji navštěvují. Sociální situace je velmi dobrá. S příbuznými a přáteli vychází dobře a celá rodina ji je velkou oporou.

Chcete mi ještě něco říci, co by vám pomohlo v ošetrovatelské péči:

Zatím ještě nevím, hlavně se budu snažit být soběstačná a brzy se vrátit domů, a hlavně se chci brzy uzdravit.

16. Souhrnné hodnocení nemocného

Shrnutí závěru důležitých pro ošetrovatelskou péči

Pacientka byla přijata na chirurgické oddělení pro nesnesitelné bolesti břicha s podezřením na ileus – neprůchodnost střevní. Pacientka je velmi unavená a vyčerpaná díky bolestem a úpornému zvracení. Pacientka má oschlé rty a snížený turgor kůže jako projev mírné dehydratace, proto z důvodu zvracení a neschopnosti a zákazu příjmu tekutin per os, byla zavedena nasogastrická sonda a periferní žilní katetr pro zajištění parenterální výživy. Rty a dutinu ústní si pacientka vyplachovala studenou vodou a rty zvlhčovala namočenou gázou. Díky nedostatečnému příjmu tekutin má i sníženou diurézu, proto byl zaveden permanentní močový katetr a sledována bilance tekutin. Dále jsou bolesti provázeny zástavou odchodu plynů a stolice. Pacientka má obavy ze svého vážně změněného zdravotního stavu, je ale edukována a spolupracuje s ošetrovatelským personálem. Má dostatek informací, které jsou dle verbálního sdělení dostačující. Rodina je pro ni velkou oporou.

PŘÍLOHA Č.2

Plán ošetrovatelské péče

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 6:15 – 8:15 Před operací	Porucha bezpečí a jistoty pro náhlou příhodu břišní, ileus – střevní neprůchodnost a ze změněného zdravotního stavu projevující se pocitem strachu a ohrožení z operačního výkonu z vitální indikace a neklidným chováním.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka v rámci edukace chápe vážnost svého onemocnění a je vyrovnaná s operačním zákrokem a spolupracuje. - Pacientka se cítí v bezpečí a věří, že se uzdraví. - Pacientka dokáže identifikovat svůj strach a otevřeně o něm hovořit. - Pacientka a její rodina mají dostatek informací o operačním výkonu a chápou nutnost operačního řešení. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zjistit jaký je stupeň strachu. - pomoc pacientce při překonání strachu a zvolit vhodnou relaxaci, pokud to pacientka v rámci možností zvládne. - Edukovat pacientku o vážnosti onemocnění a nutnosti operačního výkonu. - Být pacientce nablízku a saturovat její emoční potřeby. - Edukovat rodinu i pacientku o průběhu následného ošetřování. 	-Pacientka komunikovala a bylo vidět, že je za to ráda. Snížily se její obavy z operačního zákroku. Pacientka cítila, že je v bezpečí a dávala to najevo svou vstřícností při komunikaci. Sama hovořila o svém strachu a dokázala ho identifikovat. Pochopila vážnost svého onemocnění a také důvod operačního řešení. K relaxaci bohužel nedošlo vzhledem k přetrvávajícím nesnesitelným bolestem.	22.12.2008 8:15 J.J

Datum	Ošetrovateľské diagnózy	Ciele ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 6:15 – 8:15 Před operací	Akutní život ohrožující bolest z důvodu ileu – střevní neprůchodnosti projevující se bolestivými grimasami, častými změnami poloh, pocity nepohodlí, pocity zimy a nemožností pohybu.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka udává snížení bolesti alespoň o 1 stupeň dle VAS. - Pacientka zaujímá polohu, která jí částečně ulevuje od bolesti. - Pacientka i rodina jsou edukováni a chápou nutnost operačního výkonu, který odstraní život ohrožující bolest. - Pacientka umí charakterizovat a lokalizovat bolest. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukovat pacientku i rodinu o příčině bolesti a nutnosti operačního zákroku. - Pomoci pacientce zvolit a najít vhodnou polohu, která ji částečně uleví od bolesti. - Monitorovat a evidovat bolest ve všech aspektech a intenzitu evidovat ve VAS. - Měřit fyziologické funkce. - Zjistit charakter a lokalizaci bolesti. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poloha na boku ani aplikace analgetik nesnížili nesnesitelné bolesti, které pacientka pociťovala a také proto pacientka pochopila nutnost operace. Pacientka lokalizovala a charakterizovala bolest a zhodnotila její intenzitu. Hodnocení bolesti jsem provedla před a po aplikaci analgetika. - Nedošlo k snížení bolesti ani o 1 stupeň. 	22.12.2008 8:15 J.J

Datum	Ošetrovateľské diagnózy	Ciele ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 6:15 – 8:15 Před operací	Porucha hydratace z důvodu zvracení projevující se sníženým kožním turgorem, oschlými rty a únavou.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka nezvrací a příjem tekutin je dostatečný. - Pacientka nemá oschlé rty a pečuje o ně dle doporučení a spolupracuje. - Pacientka i rodina jsou edukováni o nutnost zvýšeného příjmu tekutin paravenózně, o nutnosti nepřijímání tekutin a stravy per os a opatřením rozumí. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukovat pacientku o významu tekutin a zajistit dostatečný příjem tekutin paravenózně. - Edukovat pacientku i rodinu o nutnosti nepřijímání tekutin a stravy per os. - Kontrolovat stav hydratace a kožního turgoru a bilance tekutin. - Poučit pacientku o péči a možnostech zvlhčování rtů a dutiny ústní. - Poučit pacientku o významu parenterální výživy a možných komplikacích a získat její spolupráci. 	- Pacientka za asistence sestry zvlhčovala ústa gázou a vyplachovala ústa studenou vodou. Příjem tekutin byl přiměřený vzhledem k akutnosti operačního výkonu, hydratace byla dostatečně zajištěna bez projevu oschlých rtů či sliznice. Turgor kůže byl bohužel ještě snížený, vzhledem ke krátkému časovému úseku před operací. Operace byla 2 hodiny po příjmu na oddělení.	22.12.2008 8:15 J.J

Datum	Ošetrovateľské diagnózy	Ciele ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 6:15 – 8:15 Před operací	Porucha vyprazdňování stolice z důvodu náhlé příhody břišní, ileu – střevní neprůchodnosti projevující se zácpou a zástavou odchodu plynů s operačním řešením problému.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka i rodina jsou edukováni a chápou veškerá opatření k zajištění průchodnosti střev, akutní operační řešení. - Pacientka zná důvod poruchy vyprazdňování stolice. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukovat pacientku i rodinu o nutnosti operačního řešení střevní neprůchodnosti. - Vysvětlit pacientce důvod poruchy vyprazdňování stolice a získat její spolupráci. - Pacientka umí charakterizovat příčinu svých potíží. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka s operačním výkonem souhlasila a dokázala hovořit o potížích a charakterizovat příčinu. - Informace pro pacientku i rodinu byly dostačující. - Další cíle, plány a realizace nebyli možné vzhledem ke krátkému časovému úseku a příčině střevní neprůchodnosti, která musela být řešena operačním zákrokem. Proto tato diagnóza bude řešena až po operaci a obnovení peristaltiky. 	22.12.2008 8:15 J.J

Datum	Ošetrovateľské diagnózy	Ciele ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 6:15 – 8:15 Před operací	Změna výživy z důvodu zavedení NGS – nasogastrické sondy k odčerpávání žaludečního obsahu s připojením na sběrný výpustný sáček.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka i rodina jsou edukováni a chápou význam a nutnost zavedení NGS, pacientka spolupracuje. - Pacientka má dostatek informací o péči o NGS. - NGS je funkční a odvádí žaludeční obsah dostatečně. - Pacientka je vyživována parenterálně, i.v. cestou je PŽK. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukace pacientky a rodiny o nutnosti a významu NGS. - Poučit pacientku o péči o NGS pokud to bude možné. - Kontrolovat průchodnost NGS a charakter a množství žaludečního obsahu 	<ul style="list-style-type: none"> - Informace byly pro pacientku i rodinu dostačující, a pacientka spolupracovala při zavedení, sledování množství a charakteru obsahu. - NGS byla funkční a odváděla žaludeční obsah zelené barvy. 	22.12.2008 8:15 J.J

Datum	Ošetrovateľské diagnózy	Ciele ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 6:15 – 8:15 Před operací	Porucha kožní integrity z důvodu zavedení periferního žilního katetru do levé horní končetiny, k zajištění perenterální výživy, která prozatím nahrazuje příjem tekutin a potravy per os, s riziky komplikací jako je infekce a paravenózní aplikace léků.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka i rodina jsou edukováni a chápou nutnost a význam zavedení periferního žilního katetru. Pacientka spolupracuje při kontrole a aplikaci léčiv do PŽK. - Okolí katetru nejeví známky infekce ani paravenózního podání léků. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukace pacientky a rodiny o nutnosti a významu zavedení PŽK. - Pacientku podněcovat ke spolupráci a pobízet ji k podávání informací ohledně problematiky zavedeného PŽK. - Kontrolovat okolí a průchodnosti katetru. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka během aplikace nepociťovala pálení v oblasti zavedení a katetr byl průchodný po celou dobu zavedení. Okolí bylo klidné bez známek infekce a pacientka jeho zavedení snášela bez obtíží. Pacientka chápala nutnost zavedení a s aplikací souhlasila. Spolupracovala a podílela se na péči o invazivní vstup. 	22.12.2008 8:15 J.J

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 6:15 – 8:15 Před operací	Změna vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katetru k zajištění lepší kontroly diurézy.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka i rodina jsou edukováni a chápou nutnost a význam zavedení permanentního močového katetru, pacientka v rámci edukace spolupracuje. - Dojde ke zvýšení diurézy. - Pacientka zná důvod zvýšené hygieny v oblasti zavedení katetru. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukace pacientky a rodiny o nutnosti a významu zavedení PMK. - Kontrolovat diurézu, množství a barvu moče. - Edukace pacientky o důvodu hygienických opatření. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka souhlasila se zavedením PMK a důvodům rozuměla, spolupracovala v rámci kontroly diurézy a funkce katetru. - Informacím o hygienických opatřeních byla dostatečná a pacientka byla v rozhovoru iniciativní. - Došlo pouze k mírnému zvýšení diurézy, krátký časový interval k dostatečnému zavodnění organismu. 	22.12.2008 8:15 J.J

Datum	Ošetrovateľské diagnózy	Ciele ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 6:15 – 8:15 Před operací	Únava z důvodu akutního život ohrožujícího a vyčerpávajícího onemocnění, projevující se zvýšenou potřebou odpočinku, spánku a sníženou výkonností.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka zná důvod své únavy a dokáže tento důvod specifikovat. - Pacientka je edukována a chápe svou únavu v rámci onemocnění. - Pacientka dodržuje klidový režim a zásady odpočinku k načerpání nových sil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukace pacientky o důvodu její únavy. - Poučit pacientku o klidovém režimu a nutnosti odpočinku. - Pomoc pacientce při výkonech, které ji nyní vyčerpávají - Zajistit klid pro nerušený spánek a odpočinek, zajistit pohodlí pacientky. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka dodržovala klidový režim dle doporučení a vzhledem k nesnesitelným bolestem nebyla schopna pohybu. Zná důvod své únavy a snažila se odpočívat v rámci možností, které ji dovolila bolest. Informace byly dostačující pro pacientku i rodinu, která dodržovala podmínky návštěv v souladu s odpočinkem pacientky. Pacientka vlivem bolestí a nepohodlí ale neusnula a odpočinek nebyl kvalitní. 	22.12.2008 8:15 J.J

Datum	Ošetrovateľské diagnózy	Ciele ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 od 10:15 Po operaci	Akutní bolest z důvodu operační rány, projevující se bolestivými grimasami, neklidem po operaci, nemožností usnout a navodit si tak kvalitní spánek, častými změnami poloh a nemožností nalézt vhodnou polohu, která by ulevila od bolesti.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka cítí snížení bolesti a udává zlepšení alespoň o 2 stupně dle VAS. - Pacientka umí lokalizovat, charakterizovat bolest a určit jeho intenzitu, spolupracuje a podílí se na procesu tlumení bolesti. - Pacientka má navozen kvalitní spánek, zaujímá pohodlnou polohu a cítí se pohodlně. - Pacientka má po aplikaci analgetik mírnější bolesti. - Pacientka je edukována o významu aplikace analgetik a nutnosti pravidelné aplikace, aby mohlo dojít k požadovanému snížení bolesti. - Pacientka zná a je poučena o vedlejších účincích aplikovaných analgetik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukovat pacientku o významu aplikace analgetik a pravidelnosti. - Zjistit lokalizaci, charakter, intenzitu a radiaci bolesti. - Kontrolovat operační ránu na břiše. - Kontrolovat fyziologické funkce. - Pravidelně aplikovat analgetika a hodnotit bolest dle VAS. - Pomocť pacientce najít vhodnou polohu, zajistit kvalitní spánek a pohodlí. - Pobízet pacientku ke spolupráci v rámci tlumení bolesti. - Edukace pacientky o vedlejších účincích aplikovaných analgetik 	Pacientka spolupracovala a dokázala hodnotit pociťovanou bolest, chápala význam analgetik a jejich pravidelné aplikace. Po aplikaci došlo vždy k úlevě od bolesti a pacientka mohla odpočívat a spát. Nejvíce jí vyhovovala poloha na boku a na zádech s mírně zdviženým podhlavníkem. Analgetika snášela bez potíží.	22.-26. 12.2008 J.J

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 od 10:15 Po operaci	Porucha kožní integrity z důvodu operační rány v dolním segmentu břicha, zavedeného spádového břišního drénu do oblasti pravého mesogastria a zavedeného periferního žilního katetru do levé horní končetiny, s riziky komplikací jako je infekce v ráně nebo v okolí invazivních vstupů.	<ul style="list-style-type: none"> - Operační rána a okolí invazivních vstupů nejeví známky komplikací. - Pacientka je edukována o péči o operační ránu a invazivní vstupy a na péči se podílí a spolupracuje. - Pacientka je edukována o možných komplikacích, které mohou nastat v rámci hojení operační rány a invazivních vstupů. - Operační rána a invazivní vstupy po odstranění PŽK a spádového břišního drénu se hojí per primam. - Břišní drén je funkční a odvádí případné sekrety z operační rány. - Pacientka je edukována o významu zavedení břišního drénu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ošetřovat ránu a invazivní vstupy za aseptických podmínek a provádět pravidelné kontroly a asistovat lékaři při převazech. - Provádět pravidelné kontroly FF – fyziologických funkcí. - Edukovat pacientku o pravidlech péče o ránu a invazivní vstupy. - Při převazech kontrolovat okolí a vzhled operační rány a invazivních vstupů. - Na operační ráně sledovat proces hojení. - Kontrolovat množství a charakter odpadu z břišního drénu a provádět pravidelné měření. - Edukovat pacientku o významu zavedení břišního drénu. 	<ul style="list-style-type: none"> - Okolí invazivních vstupů nejevilo známky infekce a okolí bylo klidné. PŽK byl průchodný po celou dobu zavedení a pacientka nepociťovala pálení v oblasti kanyly. Ošetřování PŽK probíhalo dle ošetrovatelského standardu, výměna PŽK každé 4 dny. Břišní drén byl funkční a průchodný. Pacientka se podílela na péči a spolupracovala. Operační rána se hojila per secundam vlivem opakovaného operačního zákroku ve stejné oblasti. Cíl u ošetřování operační rány nebyl dosažen. Invazivní vstupy se hojily per primam, cíl dosažen. 	22.12. 2008 – 7.1.2009 J.J

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 od 10:15 Po operaci	Změna výživy z důvodu parenterální výživy a zavedení NGS – nasogastrické sondy k odčerpávání žaludečního obsahu s připojením na sběrný výpustný sáček, s riziky komplikací jako je zvýšená ztráta tekutin, dekubitus sliznice v oblasti zavedené NGS a následná porucha pasáže žaludku při jejím dlouhodobém zavedení.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka ví, že nesmí nic per os, výživa je parenterální cestou. - Pacientka je edukována a chápe význam a nutnost zavedení NGS, spolupracuje. - Pacientka má dostatek informací o péči o NGS. - Pacientka je edukována a chápe nutnost zvýšené péče o dutinu ústní a rty. - Pacientka má funkční NGS a na sliznicích nejsou známky otlaků. 	<ul style="list-style-type: none"> - Zajistit parenterální výživu a kontrolovat dodržování diety nic per os. - Kontrolovat příjem a výdej tekutin, kontrolovat dostatečný příjem tekutin i.v., kontrola kožního turgoru. - Edukace o nutnosti a významu NGS. - Poučit pacientku o péči o NGS. - Kontrolovat průchodnost, množství, charakter odpadu a funkci NGS. - Edukace pacientky o prevenci dekubitů na sliznicích a provedení této prevence. - Edukovat pacientku o vyplachování dutiny ústní a zvýšené péči o rty. 	- Pacientka se podílela na preventivních opatřeních společně se sestrou a také se podílela na péči o NGS. Důvod a význam zavedení NGS chápala. Během aplikace byla sonda plně funkční, průchodná a odváděla žaludeční obsah zelené barvy. O dutinu ústní a rty pečovala společně se sestrou a spolupracovala po celou dobu zavedení sondy. Příjem a výdej tekutin byl vyrovnaný a měření se provádělo každý den dle ordinace lékaře.	24.12.2008 J.J

Datum	Ošetřovatelské diagnózy	Cíle ošetřovatelské péče	Plánované ošetřovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 od 10:15 Po operaci	Porucha vyprazdňování stolice z důvodu náhlé příhody břišní, ileu – střevní neprůchodnosti, projevující se zácpou a zástavou odchodu plynů.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka se po operaci vyprazdňuje bez problémů. - Pacientka je edukována nutnosti tekutin a pohybu k zajištění peristaltiky a veškerá doporučení chápe a spolupracuje. - Peristaltika je obnovena a odcházejí plyny i stolice. - Pacientka je poučena nutričním terapeutem o vhodných potravinách. 	<ul style="list-style-type: none"> - Po operaci zajistit bezproblémové vyprazdňování stolice. - Edukovat pacientku o lécích, které má aplikované na podporu střevní peristaltiky. - Edukovat pacientku o vhodných potravinách a zásadách správné životosprávy k zajištění pravidelného vyprazdňování stolice. - Kontaktovat nutričního terapeuta. 	<p>- Pacientka veškerá doporučení dodržovala a spolupracovala, při příjmu tekutin a potravy per os zvýšila příjem tekutin a snažila se hodně chodit. Díky edukaci chápala význam léků a při jejich aplikaci neměla žádné vedlejší účinky. 2. pooperační den byla na stoličce, která byla normální barvy a konzistence. V průběhu hospitalizace neměla problémy s vyprazdňováním a chodila pravidelně na stoličce každý den. Edukace byla dostačující.</p>	24.12.2008 J.J

Datum	Ošetrovateľské diagnózy	Ciele ošetrovateľské péče	Plánované ošetrovateľské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 od 10:15 Po operaci	Omezená pohyblivost z dôvodu operačného výkonu a bolestivosti v oblasti operačnej rany, prejavujúcej sa únavou a sníženou soběstačnosťou a sebedopomocou pri bežných denných činnostiach, najmä pri hygienickej a sebedopomoci.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka je soběstačná v bežných denných činnostiach a zvládne sebedopomoc a sebedopomoc. - Pacientka je edukovaná o pohybovom režime a spolupracuje. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientku edukovať o pohyb a postupne ju aktivizovať. - Zajiť pomôcky na dosah a dle potreby dopomoc pri hygienickej a sebedopomoci. - Zajiť tlmenie bolesti. - Stanoviť stupeň soběstačnosti dle testu ADL 	- Pacientka bola veľmi snaživá a chápala potrebu pohybu, dle ADL bol pokrok v sebedopomoci a soběstačnosti veľmi rýchly. Pacientka bola prvými dňmi plne závislá a nesoběstačná s plným zajištěním hygienickej péče sestrou. 2. pooperačný deň šlo o ľahkú závislosť a pacientka bola už čiastočne soběstačná. Došlo k dosaženiu cieľu.	22.- 24.12.2008 J.J

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 od 10:15 Po operaci	Změna vyprazdňování moče z důvodu zavedení permanentního močového katetru, připojeného na sběrný výpustný sáček, ke kvalitnější kontrole diurézy a příjmu a výdeje tekutin, s riziky komplikací jako je infekce nebo neschopnost udržet moč.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka je edukovaná o nutnosti a významu zavedení permanentního močového katetru a daná opatření chápe a spolupracuje. - Pacientka chápe význam příjmu a výdeje tekutin a měření diurézy za 24 hodin. - Pacientka nemá projevy infekce spojené se zavedením PMK. - Pacientka je edukovaná o významu péče o PMK a v rámci této péče spolupracuje. - Pacientka zná hygienická opatření v péči o PMK. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukovat pacientku o nutnosti a významu zavedení PMK. - Poučit pacientku o významu měření diurézy. - Dbát na hygienická opatření a pacientku do této péče zapojit. - Pacientka si nestěžuje na bolesti nebo pálení v oblasti zavedeného PMK. - Kontrolovat příjem a výdej tekutin . 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka během zavedení neměla žádné projevy zánětu a význam jeho zavedení chápala, podílela se společně se sestrou na péči o katetr, věděla jak o něho pečovat a dokonce plnila hygienická opatření sama (po dosažení soběstačnosti). V rámci edukace byla velmi snaživá. Bilance tekutin byla v normě. 	26.12.2008 J.J

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 od 10:15 Po operaci	Riziko dalšího poškození zdraví pro opakované operační výkony a nízký BMI, projevující se zhoršeným hojením operační rány – per secundam a možným vznikem frustrací z opakovaných hospitalizací a operačního výkonu.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka je edukována o možném riziku komplikací operační rány a vznikem hojení per secundam, pacientka danému riziku rozumí. - Pacientka nemá projev frustrace a má saturovány veškeré potřeby. - Při vzniku rizika je zachován komfort při převazu a pacientka má dostatek informací o fázi hojení operační rány. - U pacientky nedojde k vzniku dalšího poškození zdraví vlivem nízkého BMI. - Pacientka hovoří o svých potížích a zná rizika frustrace. - Rodina je plně zapojena do prevence frustrace. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edukace pacientky o riziku komplikace hojení operační rány per secundam. - Saturace potřeb pacientky a psychická podpora, zapojení rodiny do procesu prevence frustrace. - Hovořit s pacientkou o problémech a chovat se ohleduplně a empaticky při převazech operační rány. - Dostatečně informovat pacientku o procesu hojení a možných řešení při vzniku komplikací v hojení operační rány. - Dbát na dostatečnou nutriční vyváženost, podávat bílkovinné přísady ve formě sipping. 	-Vzhledem k malnutrici pacientky a podvýživě se nepodařilo zabránit vzniku komplikací, které byly spojeny s procesem hojení. Došlo k hojení operační rány per secundam. Pacientka to ale snášela dobře a nedošlo k projevům frustrace nebo psychické deprivace. Bílkovinné přísady si pacientka velmi oblíbila a pila je s chutí.	22.12.2008 – 7.1.2009 J.J

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 od 10:15 Po operaci	Porucha výživy z důvodu dlouhodobě snížené chuti k jídlu vlivem předchozího gynekologického onemocnění, které pacientku stresovalo, projevující se poklesem hmotnosti o 10 kg za půl roku, malnutricí a kachexií.	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientka má chuť k jídlu a svou hmotnost zvýší ke konci hospitalizace alespoň o 1 kg. - Pacientka i rodina jsou edukovány a chápou poučení o správné životosprávě a správném životním stylu. - Zná rizika malnutrice a kachexie. - Pacientka chápe nutnost zvýšeného příjmu bílkovin a rozumí pojmu BMI a podvýživa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontaktovat nutričního terapeuta a společně s ním motivovat pacientku k řešení své kachexie. - Edukace pacientky a rodiny o životosprávě a správném životním stylu a vyváženosti stravy. - Komunikovat s pacientkou o stresu, který způsobil její sníženou chuť k jídlu a naučit pacientku jak se vyrovnávat se stresem. - Edukovat pacientku i rodinu o rizicích malnutrice a kachexie, významu bílkovinných přísad, pojmu BMI a podvýživy. 	- Pacientka po kontaktu s nutričním terapeutem byla dostatečně informována o energeticky významných potravinách a byla odhodlaná změnit svůj životní styl. Doporučení dodržovala a ke konci hospitalizace zvýšila svou hmotnost o 1,5 kg. Rodina ji podporovala a nosila jí potraviny dle její chuti a přání. Nyní je pacientka plně vyrovnaná s předchozím onemocněním a nemá pocit stresu ani snížené chuti k jídlu. Je psychicky vyrovnaná a dokonce má i chuť k jídlu.	22.12.2008 – 7.1.2009 J.J

Datum	Ošetrovatelské diagnózy	Cíle ošetrovatelské péče	Plánované ošetrovatelské aktivity	Hodnocení poskytnuté péče	Datum a podpis
22.12.2008 od 10:15 Po operaci	Riziko vzniku TEN – trombembolické nemoci, z důvodu snížené hybnosti, opakovaných operačních výkonů v celkové anestezii, projevující se embolizací do plic, dušností a zhoršením zdravotního stavu, který může pacientku ohrozit na životě.	<ul style="list-style-type: none"> - Patientka je edukována o aplikaci antikoagulačních látek a chápe jejich význam. - Patientka je edukována o komplikaci TEN a této komplikaci rozumí. - Patientka je pohyblivá a není zde riziko ohrožení na životě, pacientka spolupracuje. - Patientka spolupracuje při pohybové aktivitě a umí zhodnotit svůj zdravotní stav, zná projevy onemocnění a dokáže je charakterizovat. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplikace antikoagulačních látek dle rozpisu lékaře. - Edukace pacientky o komplikaci TEN, vysvětlení pojmu, rizik a projevy této komplikace. - Patientku motivovat k pohybové aktivitě a získat pacientku pro spolupráci. - Kontrolovat zdravotní stav, na dolních končetinách sledovat možný vznik otoků a možné projevy komplikací. 	- Patientka pojmu TEN porozuměla a všechna doporučení dodržovala. Význam aplikovaných s.c. injekcí chápala a na prevenci se aktivně podílela, zejména ve sledování komplikací a nežádoucích účinků. Po dobu aplikace neměla žádné projevy vedlejších účinků. Ze začátku chodila s doprovodem sestry, později už sama. Byla samostatně aktivní a pohyb jí nedělal potíže. Nedošlo k projevům TEN, lýtka byla měkká a prohmatná, bez otoků a bolestivosti. Ke komplikaci nedošlo, cíle byly splněny.	22.- 28.12.2008 J.J

PŘÍLOHA Č. 3

PŘÍLOHA č. 3

Chirurgické oddělení Oblastní nemocnice Jičín, a.s.

Bolzanova 512, 506 43, Jičín

Kontakt : 493 582 120

IČO 260 015 51

vydává pro své pacienty toto

Poučení pacienta o operačním zákroku

Pacient: P. J

Operační výkon

MUDr. S. P. mne poučil(a) o povaze plánovaného zákroku, tj. podrobně mne informoval(a) o zvoleném medicínském postupu a o následném léčebném postupu. Byl(a) jsem informován(a) o konkrétních možných následcích a komplikacích obvyklé bolestivosti před i po provedení zákroku, předpokládané délce pracovní neschopnosti, možném omezení ve způsobu života (zejména při stravování, výkonu běžných činností, apod.) a s možností alternativ vývoje dalšího zdravotního stavu.

Poučení mi bylo sděleno srozumitelně, byla mi dána možnost si vše řádně zvážit, bylo mi umožněno zeptat se na vše, co považuji za podstatné a všechny mé doplňující otázky mi byly zodpovězeny. Byl(a) jsem upozorněn(a) na eventuelní nutnost zákrok rozšířit nebo modifikovat v závislosti na nálezu v průběhu výkonu.

Poučení považuji za dostatečné, nemám další otázky a souhlasím s navrhovaným výkonem, v případě potřeby pak s podáním transfuze. V případě akutních zdravotních komplikací během operace a po ní souhlasím s překladem a hospitalizací ARO Oblastní nemocnice Jičín, a.s. Jsem si vědom svého rozhodnutí podstoupit operaci a беру на вѣdomí právní dopad zmlčených údajů.

Poučení provedl dne: 22.12.2008 Podpis:



PŘÍLOHA Č. 4

Příloha č. 4.

Anesteziologický dotazník

prosíme vyplňte pravdivě, případně ve spolupráci s lékařem

Jméno a příjmení: P. J. Rodné číslo: 595225/XXXX

Váha: 49 kg výška: 175 cm zdravotní pojišťovna: 207

Uveďte léky, které pravidelně užíváte: /

Alergie (na léky, dezinfekci, náplast, potraviny): ne

Byli jste někdy operováni v celkovém nebo místním znecitlivění? ANO

Jestliže ano, nač a kdy? CHCE - 1991, APE - 2000, GYN. OP. - 15.12.2008

Došlo u Vás nebo u pokrevných příbuzných v souvislosti s anestezií k nějaké komplikaci?

NE

Jste těhotná? NE

Máte pocit tuhnutí čelisti při pití černé kávy? NE

Zaškrtněte onemocnění, kterým trpíte, nebo v minulosti trpěli:

- ☐ Onemocnění svalů nebo svalová slabost
- ☐ Onemocnění srdce/intarkt, bolest na hrudi, srdeční vada, porucha rytmu, námahová dušnost
- ☐ Oběhové a cévní onemocnění/vysoký krevní tlak, křečové žíly, ucpávání cév
- ☐ Onemocnění plic nebo dýchacích cest
- ☐ Onemocnění jater/žloutenka, tvrdnutí jater, žlučníkové kameny
- ☐ Onemocnění ledvin a močových cest/zánět, kameny
- ☐ Poruchy látkové přeměny/cukrovka, dna
- ☐ Onemocnění štítné žlázy
- ☐ Onemocnění očí /šedý nebo zelený zákal, slepota
- ☐ Nervové onemocnění /epilepsie, obrny, mozkové příhody, roztroušená skleróza
- ☐ Psychické poruchy/deprese, schizofrenie
- ☐ Onemocnění pohybového aparátu/páteře, kloubů
- ☐ Krevní onemocnění, poruchy srážlivosti krve
- ☐ Kouříte?
- ☐ Pijete denně alkohol?

Trpíte jinou, zde neuvedenou nemocí? Vypište jakou:

V chůzi k pádů

Pročetl/a jsem si informace a všechna doporučení a porozuměl/a jsem jim. Jsem ochoten/a a schopen/a dostat uvedeným doporučením.

Dne: 22.12.2008 podpis: _____

Informace pro pacienty objednané k výkonu v anestezii (znecitlivění)

Váš odborný lékař Vám doporučil podrobit se operaci/ bolestivému vyšetření. Operace a bolestivé zákroky se zpravidla provádějí ve znecitlivění. Za kvalitu znecitlivění a udržování základních životních funkcí zodpovídá anesteziolog. Jeho spolupráce s operátorem zajišťuje Vaši jistotu a bezpečí. Ke znecitlivění slouží různé postupy. **Celková anestezie** je charakterizována nevnímáním bolesti v celém těle a ztrátou vědomí. Od začátku až do konce celkové anestezie se nalézáte ve stavu podobném klidnému spánku. Po přípravné injekci – premedikaci, bývá anestezie zahájena vstříknutím anestetika do žíly. Při déletrvajícím výkonu se v anestezii pokračuje přidáváním anestetika do žíly, nebo pomocí plyného anestetika s kyslíkem, které je podáváno maskou, nebo speciální rourkou (tracheální) do průdušnice. **Místní anestezie** vyřazuje vnímání bolesti pouze v určitých částech těla, nebo bezprostředně v místě operačního zákroku. Anestetikum je vstříknuto do blízkosti nervů vedoucích bolestivé podněty. Vpich je bezbolestný, protože místo vpichu je předem znecitlivěno. Při subarachnoidální nebo epidurální anestezii jsou dočasně vyřazeny nervy vedoucí bolest do míchy. **Volba způsobu znecitlivění**, každý způsob má své výhody i nevýhody. Navrhujeme vždy takový postup, který je pro daný výkon nejvýhodnější a nejméně Vás zatíží. V pohovoru s anesteziologem Vám bude vše upřesněno.

Doporučení před výkonem

Přineste s sebou Vaše lékařské doporučení, předoperační vyšetření praktickým, ošetřujícím nebo interním lékařem, průkaz pojištění.

- Doporučujeme přestat kouřit do doby výkonu
- Nepijte alkoholické nápoje 24 hodin před výkonem
- Antikoncepční pilulky pokračují v jejich denním brání i v den výkonu
- V den výkonu odstraňte svůj make up, nemalujte se, nelakujte si nehty
- Před výkonem odložte kontaktní čočky, zubní protézy, sluchadla, brýle
- Nenoste do našeho zařízení šperky, prsteny a jiné snímatelné ozdoby

Lačnění před operačním výkonem:

Lačnění neznamená celodenní hladovění, dostatečný příjem tekutin je nutný.

Příjem tuhé potravy se ukončí 6 h před plánovaným výkonem. Příjem tekutin ukončí dospělí 4 h, děti 3 h, kojenci kojení, mléko 3 h, sladký čaj po doušcích 2 h předem.

U ambulantní anestezie

Ambulantní výkon znamená, že se dostavíte do našeho zařízení **na lačno** v den výkonu a týž den se vrátíte domů. Zajistíte si doprovod a odvoz domů již předem. Není dovoleno, abyste jeli/šli domů sami. Povolení k opuštění pooperačního prostoru dá anesteziolog, bez jeho vědomí nesmíte opustit zdravotnické zařízení.

Doporučujeme pacientům, aby v den výkonu a do druhého dne:

- Pít až po úplném probuzení asi za 1 h, jíst malé porce lehkých jídel nejdříve 2 h po výkonu
- Nejezdili jako řidiči v žádném dopravním prostředku včetně jízdy na kole
- Zůstali doma, odpočívali, nepoužívali ostré předměty nebo nástroje
- Nečinili významná rozhodnutí, nepodepisovali právní dokumenty
- Nezůstávali sami přes noc, neplánovali delší cesty

PŘÍLOHA Č. 5

Základní nutriční screening

PŘÍLOHA č. 5

(zpracováno s použitím Nottinghamského dotazníku)

Datum 22. 12. 2008		Oddělení CHID. - B		
Jméno J.	Příjmení P.	Titul /	Pojišťovna 207	Rodné číslo 595225/XXXX

Pohlaví ŽENA	Hmotnost 49 kg	Výška 175 cm	BMI (kg:m ²) 16
Nelze-li pacienta změřit a zvážit			2
Nelze-li od pacienta získat informace			3
(v takovém případě nevyplňujeme body B,C,D)			
A) Věk	do 65 let	0	
	nad 65 let	1	
	nad 70 let	3	
B) BMI:	20-35	0	
	18-20, nad 35	1	
	pod 18	2	
C) Ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná	0	
	do 3 kg/3 měsíce	1	
	3 kg-6 kg/3 měsíce	2	
	nebo volné šatstvo	2	
	více než 6 kg/3 měsíce	3	
D) Jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství	0	
	poloviční porce	1	
	jí občas nebo nejl	2	
E) Projevy nemoci	žádné	0	
	bolesti břicha, nechutenství	1	
	zvracení, průjem nad 6/den	2	
F) Faktor stresu	žádný	0	
	střední	1	
	vysoký	2	
Střední faktor stresu - chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon Vysoký faktor stresu - akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO			
Index: (A + B + C + D + E + F)			
0-5	0	bez nutnosti zvláštní intervence	
6-7	+	nutné vyšetření dietní sestrou, speciální dieta	
8-10	!	malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční léčba	
Vypočtené skóre: 10			
Podpis zpracovatele: A. Janda			

PŘÍLOHA Č. 6

Barthelův test soběstačnosti

22.12.2008 – po operaci, 0. operační den

Barthelův test základních všedních činností		
1. Příjem potravy a tekutin	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
2. Oblékání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
3. Koupání	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
4. Osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí	5
	neprovede	0
5. Kontinence moči	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
6. Kontinence stolice	plně kontinentní	10
	občas inkontinentní	5
	inkontinentní	0
7. Použití WC	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
8. Přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci	15
	s malou pomocí	10
	vydrží sedět	5
	neprovede	0
9. Chůze po rovině	samostatně nad 50 m	15
	s pomocí 50 m	10
	na vozíku	5
	neprovede	0
10. Chůze po schodech	samostatně bez pomoci	10
	s pomocí	5
	neprovede	0
Skóre celkem		25
Hodnocení stupně závislosti		
0 – 40 vysoce závislý		
45 – 60 závislost středního stupně		
65 – 95 lehká závislost		
100 nezávislý		

TRACHTOVÁ E. a kolektiv. Potřeby v ošetrovatelském procesu. 1. vydání Brno: IDVPZ, 1999. ISBN 80 – 7013 – 285 – X

Další měření: 24.12.2008 – 2. pooperační den – skóre 65 – lehká závislost

Podpis:

PŘÍLOHA Č. 7

Minimental test

22.12.2008 – po operaci, 0. operační den

Posouzení aktuálního psychického stavu		
Zkrácený mentální test	1	0
Věk	X	
Kolik je hodin	X	
Adresa	X	
Současný rok	X	
Kde je hospitalizován	X	
Poznání dvou osob	X	
Datum narození	X	
Jméno současného prezidenta	X	
Odečítat zpět 20 – 1	X	
Skore	9	
Méně než 7 bodů zmatenost		
Emoce	1	0
Plačtivost		X
Úzkostnost	X	
Smutek	X	
Hyperaktivita		X
Uzavřenost		X
Skore	2	
3 a více informuj ošetřujícího lékaře		
Chování	1	0
Agrese		X
Opozice		X
Nespolupráce		X
Zpomalení / útlum		X
Apatie / nezájem		X
Skore		0
3 a více informuj ošetřujícího lékaře		

STAŇKOVÁ M. České ošetrovatelství 6. 1. vydání
Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80 – 7013 – 323 – 6

Podpis:



PŘÍLOHA Č. 8

22.12.2008 – před operací

Rozšířená stupnice Nortonové				Nebezpečí dekubitu vzniká při 25 bodech a méně									
Dat.	Schopnost spolupráce	Věk	Stav pokožky	Další nemoci	Tělesný stav		Stav vědomí	Pohyblivost	Inkontinence	Aktivita	součet		
	úplná	do 10	normální	žádné	dobrý		bdělý	úplná	není	chodí	4		
	částecná	3 do 30	alergie	*	zhoršený		apatický	část. omezená	občas	doprovod	3		
	velmi omezená	2 do 60	vlhká		špatný		zmatený	velmi omezená	převážně moči	sedáčka	2		
	žádná	1 60+	suchá		velmi špatný		bezvědomí	žádná	stolice i moč	leží	1		
<p>* diabetes mellitus, febris, anémie, onem. cév, kachexie, obezita, karcinom atd. podle stupně závažnosti 3 – 1 bod</p> <p>D. NORTON, R.MC LAREN AND AEXTON – SMITH, An Investigation of Genatic Nursing Problems in Hospital, National Corporation for the care of Old People, London 1962</p> <p>Riziko: nízké 25 – 24, střední 23 – 19, vysoké 18 – 14, velmi vysoké 13 -9</p>													

Podpis:



PŘÍLOHA Č. 9

Přehled aplikovaných léčiv

Amoksiklav

- **generický název :** Amoxicilium
- **indikační skupina :** antibiotikum
- **vedlejší účinky :** nauzea, zvracení, průjem – při i.v. aplikaci málo pravděpodobné, ale možné, vyrážka, svědění.

Degan

- **generický název:** Metoklopramid
- **indikační skupina:** prokinetikum, antiemetikum
- **vedlejší účinky:** ospalost, únava, nespavost, bolesti hlavy, poruchy menses, napětí v prsou, neklid

Diazepam

- **generický název :** Diazepanum
- **indikační skupina :** anxiolitikum
- **vedlejší účinky :** spavost, únava, závratě, porucha koordinace pohybů, desorientace, bolesti hlavy, při dlouhodobém užívání vzniká léková závislost!

Dipidolor

- **generický název:** Piritramid
- **indikační skupina:** analgetikum, anodynum – aktivuje míšní opioidní receptory, účinek srovnatelný s účinkem Morfia
- **vedlejší účinky:** sedace , ospalost, nauzea, zvracení, zácpa, hypotenze, svědění, závislost!

Dolsin 50 mg

- **generický název:** Pethidin
- **indikační skupina:** analgetikum, anodynum – opioidní agonista
- **vedlejší účinky:** nauzea, zvracení, zácpa, hypotenze, dezorientace, ospalost, zmatenost, sucho v ústech, pocení, závratě, palpitace, neklid, závislost!

Fraxiparin multi

- **generický název:** Nadroparin
- **indikační skupina:** antikoagulans, antitrombotikum
- **vedlejší účinky:** krvácení- skryté, zjevné, nekróza kůže v místě vpichu, drobné krvácení do kůže, puchýře, hematomy

Fyziologický roztok

- izotonický roztok
- **indikace:** dehydratace
- **vedlejší účinky:** při neadekvátně vedené infúzní terapii kardiopulmonální dekompenzace, febrilní reakce, infekce v místě vpichu, místní bolestivost- podráždění žíly.

Gentamicin

- **generický název :** Gentamicinum
- **indikační skupina :** aminoglykosidové antibiotikum
- **vedlejší účinky :** závratě, točení hlavy, zvonění v uších, kožní alergické projevy – exantém, pruritus, nauzea, zvracení, bolesti hlavy.

Glukóza 5%

- infúzní roztok glukózy – kryje energetické potřeby
- **indikace:** náhrada energie
- **vedlejší účinky:** hyperglykemie, lokální dráždění cévní stěny v místě aplikace, edémy,

Hartmanův roztok

- izoosmotický roztok obsahující ionty a laktát
- **indikace:** infúzní terapie při extracelulární dehydrataci, hypovolemie, mírná metabolická acidóza
- **vedlejší účinky:** při neadekvátně vedené infúzní terapii hyperhydratace, hyperlaktátemie, kardiální dekompenzace, edémy, rozvrat iontové rovnováhy.

Helicid

- **generický název:** Omeprazol
- **indikační skupina:** antiulcerózum, inhibitor protonové pumpy
- **vedlejší účinky:** dyspeptické potíže, epigastrický tlak, flatulence, průjem, nauzea, bolesti hlavy, alergická reakce ojediněle.

KCL

- **generický název:** Kalli chloridum
- **indikační skupina:** homeopatikum
- **vedlejší účinky:** nemá

Novalgin

- **generický název:** Metamizol
- **indikační skupina:** analgetikum, antipyretikum
- **vedlejší účinky:** nauzea, zvracení, bolesti břicha, sucho v ústech, alergické kožní reakce až anafylaktický šok u parenterálního podání

Quamatel

- **generický název :** Famotidinum
- **indikační skupina :** antacidum, antiulcerosum
- **vedlejší účinky :** bolest hlavy, závratě, zácpa, průjem, sucho v ústech, nechutenství, nevolnost, zvracení, únava, svědivá vyrážka.

Syntostigmin

- **generační název:** Neostigmin
- **indikační skupina:** parasymptomimetikum
- **vedlejší účinky:** slinění, slzení, zvýšená peristaltika až křeče, kolikovitě bolesti, nauzea, zvracení,

PŘÍLOHA Č. 10

POUŽITÉ ZKRATKY

ADL	Activities of daily living (dle Barthela)
ATB	Antibiotika
BMI	Body Mass Index
CT	Výpočetní tomografie
DK	Dolní končetiny
FF	Fyziologické funkce
GIT	Gastrointestinální trakt
i.m.	Intramoskulární aplikace
i.v.	Intravenózní aplikace
JIP	Jednotka intenzivní péče
NGS	Nasogastrická sonda
NPB	Náhlá příhoda břišní
PMK	Permanentní močový katetr
p.o.	Příjem tekutin a stravy ústy
PŽK	Periferní žilní katetr
RTG	Rentgen
s.c.	Subkutánní aplikace
TEN	Trombembolická nemoc
TK	Tlak krevní
UZ	Ultrazvuk
VAS	Vizuální analogová škála

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta
Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí
do závěrečné práce absolventa studijního programu
uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze

Jsem si vědom/a, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zveřejněné závěrečné práce nemohou být použity k výdělečným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl/a jsem seznámen/a se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

V Jičíně dne 19.3.2009

jméno a příjmení zájemce

Evidence výpůjček

Prohlášení:

Beru na vědomí, že odevzdáním této závěrečné práce poskytuji svolení ke zveřejnění a k půjčování této závěrečné práce za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

V Praze, 19.3.2009

.....

Jako uživatel potvrzuji svým podpisem, že budu tuto práci řádně citovat v seznamu použité literatury.

[illegible]